



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

FERNANDA ARNAUD RODRIGUES BARROSO

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O ESTIGMA VIVENCIADO POR
USUÁRIOS(AS) DOS CAPS

Brasília – DF

2016



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

FERNANDA ARNAUD RODRIGUES BARROSO

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O ESTIGMA VIVENCIADO POR
USUÁRIOS(AS) DOS CAPS

Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Doutora Nair Heloísa Bicalho de Sousa.

Brasília – DF

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

FERNANDA ARNAUD RODRIGUES BARROSO

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL: O ESTIGMA VIVENCIADO POR
USUÁRIOS(AS) DOS CAPS

Brasília __ de _____ de 2016

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Nair Bicalho (Orientadora)
SER/UnB – Examinadora

Prof.^a Me. Patrícia Pinheiro
SER/UnB – Orientadora

Prof.^a Me. Jamila Zgiet
SER/UnB – Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conceder saúde e forças para prosseguir nessa jornada, pois o processo de produção do TCC é um período delicado, que por vezes pode desencadear crises de estresse e ansiedade em várias(os) alunas(os), afirmo isso por experiência própria e por acompanhar diversas(os) amigas(os) que passaram pelo mesmo.

Gratidão a minha mãe Elaine, ao meu pai Fernando, a minha irmã Brenda, a minha amada sobrinha Laura, aos meus avós Maria, Raimunda e Acílio, meus padrinhos Alessandra e Bruno, a prima Letícia, enfim, a toda a família por ter fé em mim, por acreditar que eu daria conta de concluir esse processo com êxito. Agradeço ao apoio durante toda a minha graduação, sem esse cuidado certamente eu não teria sequer ingressado na UnB. Expresso aqui profundo amor e gratidão por toda a minha família, que é a energia que me move para continuar lutando pelo que almejo e acredito.

Meu muito obrigada as minhas companheiras de graduação, Elaine Ferreira, Gabriela Galvão, Gabriela Cordeiro, Gisele Boaventura, Helena Galvani, Maisa Menezes e Yara Carvalho. Vocês fizeram da minha passagem pela UnB uma experiência única, me lembro de cada sorriso, cada lágrima, noites em claro interagindo para conseguir terminar as atividades, noites em claro nos divertindo nos happy hours, dias de lamentação pelas dificuldades inerentes à graduação, dias de felicidade por conseguir a matéria que queríamos, aprovação em matérias difíceis, dentre outros momentos. Pretendo levar a amizade de vocês para a vida, pois foram o melhor “presente de Grego” que já recebi.

Às minhas amigas de vida: Érica Lira, Ianne Catherine, Lua Carolinne, Pâmela Moraes, Paôla Belchior, Patrícia Moura e Priscilla Moraes, que mesmo não estando presentes o tempo todo, me deram todo o apoio e amor, e compreenderam minha ausência durante o processo de produção do TCC.

Gratidão ao meu benzinho, Marcus César, por ser esse poço de paciência e calma. Você é meu equilíbrio, quem me colocou nos eixos em todos os momentos que eu pensei em desistir ou desanimei por conta das dificuldades enfrentadas no decorrer da graduação. É também quem me incentiva a buscar o que é melhor pra mim e me convence de que no final tudo vai dar certo (e não é que dá? rs).

Agradeço ao corpo docente de Serviço Social pelos ensinamentos transmitidos e a cada professor que passou por minha trajetória escolar e acadêmica. À equipe técnica, especialmente ao Alexandre por ser sempre solícito aos nossos requerimentos. Às minhas

supervisoras de estágio, de campo e de sala, Andréia Candida e Jamila Zgiet, respectivamente, que foram maravilhosas. As componentes da banca de defesa do TCC por aceitarem participar dessa etapa tão importante para mim, Jamila Zgiet e Patrícia Pinheiro, as admiro muito.

A minha querida orientadora de TCC, Prof.^a Dr.^a Nair Bicalho, por ser tão doce, paciente e preocupada comigo. Agradeço a todo o apoio, por me incentivar desde o princípio a prosseguir. Tenho orgulho por ter sido orientada por alguém tão sábia.

E a todos os usuários e funcionários com quem tive a oportunidade de conviver durante o estágio no ISM.

Ao universo, GRATIDÃO!

“Nunca existiu uma grande inteligência sem uma veia de loucura”.

Aristóteles

BARROSO, Fernanda Arnaud Rodrigues. Serviço Social e saúde mental: o estigma vivenciado por usuários(as) dos CAPS. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2016.

RESUMO

A temática do presente estudo teve como principal influência o período em que realizei o estágio supervisionado em Serviço Social em 2014 no Instituto de Saúde Mental. O objetivo do estudo é analisar o estigma vivenciado por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no tocante ao acesso a serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS e superação do estigma, considerando o novo modelo em saúde mental, pós-reforma psiquiátrica. A resposta dos(as) profissionais do serviço social ao estigma sofrido pelos usuários é parte importante no processo de desconstrução do preconceito vivenciado pelos usuários dos CAPS, considerando que atuam na luta pela consolidação de direitos sociais, respeito aos direitos humanos e viabilização do acesso a um SUS que segue os princípios propostos: universalidade, integralidade e equidade, balizados pelo código de ética e o projeto ético-político profissional. Para a pesquisa, o método utilizado foi o materialismo dialético, com abordagem qualitativa e a técnica de pesquisa a análise documental, com base em autores(as) especialistas no assunto, artigos relacionados ao tema publicados no SCIELO, livros, documentos, bem como o projeto de intervenção, diário de campo e relatório de estágio produzido no período de estágio. O tema escolhido não possui muitos estudos e trabalhos realizados, o que se configura um impasse na ordenação do exercício profissional do(a) assistente social. Torná-lo o objeto de estudo no trabalho de conclusão de curso é uma forma de problematizar as dificuldades presentes no cotidiano profissional, que diversas vezes passam despercebidas e, pensando essas dificuldades se torna mais fácil progredir na luta antimanicomial e no combate ao estigma vivenciado pelos usuários dos CAPS. A constatação da pesquisa é que muitos avanços no combate ao estigma foram alcançados, especialmente após a Reforma Psiquiátrica, mas os(as) usuários(as) dos CAPS ainda sofrem com o estigma diariamente, sendo assim, a luta pela inclusão social e cidadania deve ser constante.

Palavras Chaves: Serviço Social; Saúde Mental; Estigma; Sistema Único de Saúde; Direitos Humanos.

BARROSO, Fernanda Arnaud Rodrigues. Social Service and mental health: stigma experienced by users (as) the CAPS. Social Work Graduation Coursework. University of Brasilia. Brasília: UnB, 2016.

ABSTRACT

The main theme of this study was the period in which I undertook the supervised internship in Social Work in 2014 at the Institute of Mental Health. The objective of the study is to analyze the stigma experienced by users of the Psychosocial Care Centers (CAPS) regarding access to health services of the Unified Health System – SUS and overcoming stigma, considering the new mental health model, post-psychiatric reform. The response of social service professionals to the stigma suffered by users is an important part of the process of deconstruction of prejudice experienced by CAPS users, considering that they work in the struggle for the consolidation of social rights, respect for human rights and the viability of access to A SUS that follows the principles proposed: universality, completeness and equity, marked by the code of ethics and the professional ethical-political project. For the research, the method used was the dialectical materialism, with a qualitative approach and the research technique the documentary analysis, based on authors (the) experts in the subject, articles related to the topic published in SCIELO, books, documents, as well as the Intervention project, field diary and internship report produced during the internship period. The chosen theme does not have many studies and works carried out, which constitutes a deadlock in ordering the professional practice of the social worker. Making it the object of study in the course work is a way of problematizing the difficulties present in the daily professional life, which several times go unnoticed and, thinking these difficulties, it becomes easier to progress in the anti-asylum fight and in combating the stigma experienced by the Users of CAPS. The finding is that many advances in stigma have been achieved, especially after the Psychiatric Reform, but the CAPS users still suffer from stigma on a daily basis, thus the struggle for social inclusion and Citizenship must be constant.

Key Words: Social Work; Mental health; Stigma; Health Unic System; Human rights.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico
BPC – Benefício de Prestação Continuada
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAP’S – Caixas de Aposentadoria e Pensão
CFESS – Conselho Federal de Serviço
CGSM – Coordenação Geral de Saúde Mental
COJ – Centro de Orientação Juvenil
COI – Centro de Orientação Infantil
CID – Classificação Internacional de Doenças
DF – Distrito Federal
DH – Direitos Humanos
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
FHDF – Fundação Hospitalar do Distrito Federal
IAP’S – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência social
INSS – Instituto Nacional de Seguro Social
ISM – Instituto de Saúde Mental
MG – Minas Gerais
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGS – Organizações Não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
PNASH – Política Nacional do Sistema Hospitalar
PRH – Programa de Reestruturação da assistência Hospitalar
PT – Partido dos Trabalhadores
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

UnB – Universidade de Brasília

UPA – Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
METODOLOGIA DE PESQUISA.....	17
1. HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL – UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....	19
1.1 A saúde do período colonial/imperial ao surgimento do Sistema Único de Saúde.....	19
1.2 Política de saúde mental no Brasil – Reforma psiquiátrica.....	25
2. SERVIÇO SOCIAL, SOFRIMENTO MENTAL E ESTIGMA SOCIAL.....	35
2.1 Sofrimento mental e o estigma social.....	35
2.2 O serviço social na saúde mental: do surgimento a atualidade.....	40
3. INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL – INSTITUIÇÃO INAUGURAL DA REFORMA PSQUIÁTRICA NO DF.....	47
3.1 ISM – Perfil histórico do Instituto de Saúde Mental	47
3.2 Projeto de intervenção aplicado em campo de estágio.....	50
3.3 Impasses para o progresso da política de saúde mental.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	66

INTRODUÇÃO

O principal objetivo deste estudo é analisar o estigma vivenciado por usuários dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, considerando aspectos como a exclusão social resultante do processo de estigmatização. A exclusão social que as pessoas com transtorno mental tem sofrido, historicamente, se mostra no imaginário social na expressão que diz que “lugar de louco é no hospício” e no estigma e preconceito que passou a integrar esse segmento social e seus familiares (ROSA, 2008). Tal expressão contribui com o estereótipo negativo de que o doente deve ser mantido enclausurado.

Desde a reforma psiquiátrica, a exclusão a qual a pessoa em sofrimento mental vem sendo submetida tem sido bastante discutida, logo, o estigma sofrido por ela também deve ser posto em pauta. Problematicar essa questão é uma forma de chamar atenção para o sucateamento dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e da política de saúde mental, pois mesmo após 15 anos desde que a Reforma psiquiátrica foi instaurada, ainda há muitos serviços que não são ofertados, ou são ofertados de forma precária, o que prejudica os usuários e configura uma barreira no avanço do novo modelo em saúde mental pautado pela Reforma Psiquiátrica, que é:

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005. p. 6).

Para fazer uma análise a respeito do estigma sofrido por usuários do CAPS, foi feita uma breve explanação sobre a Política de Saúde no Brasil, desde o período colonial/imperial ao surgimento do SUS e, posteriormente a criação da Política de Saúde Mental e reforma psiquiátrica, que foi resultado do tensionamento de trabalhadores, usuários dos serviços de saúde e movimentos sociais. Depois foi tratado o tema do estigma e do sofrimento mental, articulados a atuação profissional da(o) assistente social nessa área. Esses acontecimentos contribuíram bastante com o enfrentamento ao estigma, mas perdem a oportunidade de serem mais eficazes pela falta da oferta de determinados serviços, como será apontado no último item, que trata dos principais impasses para o progresso da política de saúde mental e, na conclusão da pesquisa.

Há um item no último capítulo destinado ao Projeto de Intervenção realizado em campo de estágio, com a análise de dados produzidos nesse período no intuito de contribuir com a leitura dos principais impasses para o progresso da política de saúde mental, que é decisivo para o enfrentamento ao estigma. O Projeto de intervenção tem destaque na pesquisa por representar uma colaboração pessoal com o processo de superação do estigma, ressaltando a importância da família na recuperação, tratamento, empoderamento e autonomia do sujeito, entendendo autonomia a partir de Paulo Freire:

A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si é processo, vir a ser. Não ocorre em data marcada. É nesse sentido que a pedagogia da autonomia tem de ser centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade (FREIRE, 1996. p. 121).

A saúde vem sendo garantida por meio de políticas sociais e econômicas, no intuito de diminuir o risco de doença e outros agravos, e assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e assistência. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

Apesar de todos os esforços, o acesso a um SUS baseado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade ainda não acontece de forma plena. São vários os impasses entre o usuário e o acesso aos serviços de saúde, dentre eles estão: dificuldade de acesso à unidade de saúde mais próxima, muitos dependem de transporte público que é precário em várias regiões; insuficiência de profissionais capacitados; falta de equipamentos dentre outros problemas. Travassos et al. (2006, p. 975) afirmam que “no Brasil o acesso é fortemente influenciado pela condição social das pessoas e pelo local onde residem”.

O usuário dos serviços de saúde mental além de lidar com esses impasses ainda encara a dificuldade que é conviver com o preconceito sofrido por sua condição. O estigma enfrentado por eles muitas vezes desmotiva a procura e/ou continuidade do tratamento. Diante de tal contexto, as (os) assistentes sociais possuem função fundamental, pois são profissionais comprometidos com o projeto ético-político, defendem a liberdade e a autonomia das (os) sujeitos e são contra todo tipo de opressão e preconceito (NETTO, 1999).

Hoje, a lei que regulamenta a profissão é a 8662/93. O profissional formado em serviço social está apto a atuar em várias áreas, como na saúde, educação, assistência social, empresas, ONGs, sistema sociojurídico, consultoria, habitação e meio ambiente. O serviço social atua principalmente nas expressões da questão social, que, segundo Carvalho e Yamamoto, (1983, p.77) significa:

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão.

Uma das áreas que mais sofrem com as expressões da questão social é a saúde, cuja expansão no Brasil se deu a partir de 1945, associada às exigências do sistema vigente (capitalista) e as mudanças que ocorreram em panorama internacional por conta do fim da Segunda Guerra Mundial. Foi nesse período que a atuação do Serviço Social na saúde se expandiu. Hoje, a saúde tem sido o espaço sócio ocupacional que tem incluído o maior número de assistentes sociais (BRAVO e MATOS, 2006).

Desde 1990, com a aprovação da Lei 8.080 – que institucionalizou o Sistema Único de Saúde (SUS) e ampliou o conceito de saúde para além de sua dimensão curativa – os assistentes sociais tornaram-se protagonistas nesse processo. (...) Hoje a saúde emprega boa parte dos 56 mil assistentes sociais existentes no Brasil, constituindo-se assim em seu principal mercado de trabalho. (Abreu, 1999. p. 36).

Portanto, problematizar o estigma vivenciado por esses(as) usuários(as) significa um avanço no combate a discriminação. Escrever e estudar sobre o assunto é produção acadêmica fundamental para o avanço no tratamento da questão e superação do preconceito.

Ao ingressar no curso de serviço social da universidade de Brasília, uma das áreas de atuação que menos me interessavam era a saúde, pois a princípio vinculava apenas ao trabalho realizado em grandes centros hospitalares, cuja rotina não me parecia agradável. Ao realizar a disciplina de Seguridade Social 2, que trata da saúde, mudei minha concepção a respeito da atuação profissional nessa área, graças as excelentes aulas lecionadas pela professora Andreia.

Após conhecer melhor o campo da saúde, dois setores me chamaram bastante atenção, o da saúde mental e a saúde prisional, pois são campos extremamente desafiadores e dinâmicos, características que combinam bastante com minha personalidade, o que me fez ter um novo prisma sobre a atuação profissional do(a) assistente social na saúde.

No sexto semestre da graduação, chegou o momento de iniciar o estágio obrigatório, pré-requisito para formação profissional em serviço social. Foram apresentadas as vagas disponíveis para os(as) alunos, não tivemos muitas escolhas, vários alunos(as) tiveram que realizar o estágio em áreas que não lhes agradavam e em locais de difícil acesso. Eis então que me foi apresentada uma vaga na instituto de saúde mental, localizado no Riacho Fundo 1. Acredito que não foi a toa que fui estagiar lá, em minha família há um histórico de pessoas com transtornos mentais, o que me fez analisar o processo de estágio com mais sensibilidade.

Foi-me dada a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre a doença e seus desdobramentos.

A experiência de estágio despertou em mim bastante vontade de atuar na saúde mental. E posso afirmar que os objetivos do estágio na graduação foram cumpridos, sendo o principal deles segundo programa da disciplina: proporcionar ao estudante a vivência prática dos conhecimentos adquiridos em sala de aula, e assim desenvolver e aprender as competências necessárias ao exercício da profissão. É a mediação teórico-prática fundamental para a formação dos(as) assistentes sociais.

Meu interesse pelo tema saúde mental na realização do TCC veio por todos esses aspectos: grande demanda por profissionais da área no mercado de trabalho, realização bem-sucedida da disciplina de seguridade social 2 – saúde, experiência de estágio no Instituto de Saúde Mental e o fato de ter parentes em sofrimento mental. Dentro dessas relevâncias, o estigma vivenciado por usuários dos CAPS é um tema que me desperta bastante vontade de estudar e trabalhar, pois ao conviver com os pacientes do ISM percebi que muitas pessoas julgam porque não os compreendem. É um universo singular dotado de esperança e expectativa.

Os problemas de saúde afetam a vida dos usuários como um todo, é de suma importância que os serviços ofertados pelo SUS funcionem da melhor forma possível, sempre buscando a superação dos limites para tanto. É satisfatório ver que depois de atendimento/acompanhamento, muitas pessoas conseguem mudar sua história, ter uma vida digna e seguir em frente.

Dentre os segmentos da área da saúde, a saúde mental é um dos campos mais complexos e desafiadores, pois ao redor dela estão envolvidas todos os tipos de demandas, não apenas as específicas do campo, em torno da saúde mental de um paciente permeiam várias expressões da questão social e violação de direitos humanos básicos, que são questões que precisam ser tratadas para que o tratamento seja integral.

A nova conjuntura na política de saúde tem repercutido no trabalho das (os) assistentes sociais em aspectos que envolvem as condições de trabalho (que tem sido alvo de precarização), o referencial teórico, a formação profissional e o aumento da demanda pelas (os) usuárias (os) etc (CFESS, 2010). E a repercussão também atingiu a forma da sociedade e dos parentes encararem e lidarem com as pessoas em sofrimento mental, já que hoje a depender do diagnóstico, condição socioeconômica e outros aspectos de cada paciente, essas

pessoas podem conviver em sociedade tranquilamente, longe da lógica manicomial que ficou ultrapassada com o início do processo de desinstitucionalização em meados dos anos 1980.

Esse processo surgiu em resposta ao Movimento de Reforma Sanitária, quando para substituir a internação psiquiátrica foram inseridos importantes serviços de saúde do SUS, como os CAPS, que oferecem à população acompanhamento clínico, reinserção social dos usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Sendo assim, como já mencionado, o objetivo geral da pesquisa é analisar o estigma vivenciado pelos usuários(as) dos CAPS, com foco no ISM, pelo fato de ter dados de pesquisa relevantes sobre a instituição. Os objetivos específicos são:

- Elaborar uma retrospectiva da política de saúde mental no Brasil.
- Investigar o ISM tendo em vista seu papel junto aos usuários e a perspectiva de superação do estigma social vivenciado por eles na sociedade.
- Apresentar os principais impasses da política de saúde mental e sua repercussão sobre as possibilidades de suplantação do estigma social dos usuários do CAPS.

METODOLOGIA DE PESQUISA

Sobre o método, vale pontuar antes de explicitar o que foi utilizado na pesquisa que a pesquisa, para Neves (1996, p.1):

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais.

Esta pesquisa tem como diretriz o materialismo dialético para análise dos dados apreendidos, e a abordagem é a qualitativa. A análise dialética ao mesmo tempo constitui e transforma o objeto. “Adere destrutivamente ao objeto, na medida em que desvenda e desmascara os seus fetichismos, as suas contradições e os seus movimentos” (IANNI, 1980. p. 13). Ou seja, o materialismo histórico é caracterizado pela importância de aliar o conhecimento teórico à prática profissional, considerando a dinamicidade social, logo, do objeto em questão. O método permite ainda, que o pesquisador não faça uma análise superficial da realidade social dos indivíduos, mas considere cada particularidade contida no processo.

A abordagem qualitativa foi originada no século XIX, na Alemanha, por necessidade das ciências sociais para a realização de estudo dos fenômenos humanos. Ela parte do fundamento da existência de um vínculo dinâmico e indissociável entre a subjetividade do sujeito e o mundo objetivo (CHIZZOTTI, 1991).

A pesquisa qualitativa tem como foco de estudo o processo vivenciado pelos sujeitos. Assim, as investigações qualitativas crescem em número, como um outro modo de produção de conhecimento capaz de responder à necessidade de compreender em profundidade alguns fenômenos da prática profissional, suprimindo vazios deixados pela pesquisa positivista e seus métodos de coleta e análise de dados, sendo uma referência para investigar contextos e realidades distintas (QUEIROZ, VALL, SOUZA, VIEIRA, 2015. p. 276).

Ainda sobre a abordagem qualitativa, Minayo (2001, p. 21-22.) aponta: [...]“Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Com isso, a autora caracteriza uma das particularidades da pesquisa qualitativa, que é a abordagem social sem uso de dados numéricos. A pesquisa qualitativa não é quantificável, o que a torna mais complexa e permeada de signos e percepções.

Dentro da abordagem qualitativa, foi usada a técnica de análise documental para realização da pesquisa. Para Bravo (1991), devem ser considerados documentos todo tipo de produção humana, nos quais existam registros de suas ideias, suas ações, opiniões, modelo de vida. Foram usados artigos encontrados no sítio do Scielo, bibliografia referência no tema e demais utilizadas nas disciplinas no decorrer da graduação, e o material produzido em período de estágio, tais como o projeto de intervenção, o diário de campo e o relatório de estágio.

As referências bibliográficas dos artigos encontrados no Scielo foram avaliadas a fim de encontrar mais autores com produções relacionadas ao tema, caracterizando o uso do método *snowball*. Técnica esta, conhecida no Brasil como “amostragem em Bola de Neve”, ou “Bola de Neve” ou, ainda, como “cadeia de informantes” (PENROD, et al, 2003 e GOODMAN, 1961 apud ALBUQUERQUE, 2009).

O material produzido durante o estágio realizado no ISM em 2014 também foi fundamental para a realização da pesquisa, sendo os principais o relatório de estágio supervisionado, o projeto de intervenção e o diário de campo, onde foi relatado detalhes do cotidiano profissional e atividades realizadas diariamente.

As informações coletadas a partir da observação participante do período de estágio também foram consideradas, o que traz a pesquisa uma análise diferenciada, sob os olhos do pesquisador. Assim, a pesquisa participante que reconhece a interação social deve ser compreendida como o exercício de conhecimento de uma parte com o todo e vice-versa, que fornece linguagem, cultura, regras e assim o efeito é ao mesmo tempo a causa. (QUEIROZ et al., 2015).

Com essas contribuições foi possível elaborar esta monografia, de modo a utilizar de fontes primárias e secundárias de conhecimento, que enriqueceram a análise do objeto de estudo.

1. HISTÓRIA DA SAÚDE NO BRASIL – UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1. A saúde do período colonial/imperial ao surgimento do SUS

A política de saúde brasileira, em sua trajetória, mesmo nos períodos mais progressistas, como na atualidade, sempre esteve alinhada com os parâmetros capitalistas nacionais, seguindo as tendências do capitalismo internacional. Segundo Aguiar (2011), a questão da saúde não era assunto prioritário do Estado, ela só ganhava atenção quando ocorriam epidemias ou endemias que prejudicassem a área social e ameaçasse o modelo capitalista.

No período colonial/imperial, que data do ano de 1500 até 1889, o quadro sanitário do Brasil era caracterizado pela existência de diversas doenças transmissíveis, que foram trazidas a priori pelos colonizadores portugueses, e posteriormente pelos escravos que vinham da África e por outros estrangeiros.

Nessa época não existia uma política de saúde, as medidas tomadas na ocorrência de epidemias eram intervenções pontuais, descontinuadas assim que o problema era “sanado” (AGUIAR, 2011). Percebe-se que o interesse no controle das epidemias era estritamente econômico, visto que as ações de saneamento básico e infraestrutura eram realizadas praticamente apenas nos locais de circulação de mercadorias, como os portos de Santos e Rio de Janeiro.

Na primeira década do século XX, Oswaldo Cruz foi responsável pela gestão dos serviços federais de saúde. Foi priorizado o saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e São Paulo e ao combate de epidemias, tais como a varíola, a peste e a febre amarela (LIMA e PINTO, 2003). Oswaldo Cruz considerava que a explicação para as doenças eram as bactérias, então agia em torno dessa afirmativa. Na época, isolava pessoas com doenças contagiosas, protegia as sadias e com orientação da engenharia sanitária realizava o saneamento das áreas.

Essa política do modelo assistencial público era realizada pela polícia sanitária. Tal política tinha como base leis, códigos e decretos. (MERHY e QUEIROZ, 1993; SILVA e BARROS, 2002). As dedetizações eram realizadas de forma violenta, pois os enfermos eram retirados de suas casas para que as medidas sanitárias fossem aplicadas independente de sua vontade, violando a autonomia do sujeito.

Em 1904 houve um surto de varíola, com isso a população foi obrigada a tomar uma vacina que sequer sabiam do que se tratava, isso causou uma revolta na população contra as

medidas de Oswaldo Cruz, pois a ideia de consentir com uma medida invasiva sem nenhuma explicação, era assustadora. Os trabalhadores unidos a parlamentares, organizaram a Liga Contra a Vacina Obrigatória, e em 13 de novembro de 1904 foi deflagrada a Revolta da Vacina.

Em Bravo (2006) vemos que o Estado só intervém de fato na política de saúde a partir do século XX, na década de 1930. No século XVIII a assistência médica era baseada em ações filantrópicas, e no século XIX, as intervenções eram feitas em decorrência das transformações econômicas e políticas.

A saúde pública na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922. Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de aposentadoria e pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. (AGUIAR, 2011, p. 90)

Segundo Bravo (2001) a intervenção do Estado no campo da saúde teve início com as CAPs (Caixas de aposentadoria e pensões), que datam do ano de 1920, pela lei proposta pelo deputado Eloy Chaves. A formação financeira das CAPs ocorreu por contribuições de trabalhadores e empresas. A operação das CAPs era por regime de capitalização. Mas as caixas de aposentadoria e pensões não duraram muito tempo por conta de sua fragilidade, pois tinham poucos contribuintes, seguiam parâmetros duvidosos e existiam fraudes na concessão de benefícios.

Considerados o marco da medicina previdenciária no Brasil, é criado em 1930 os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), os quais, diferentemente das antigas Caixas, são ordenados por categorias profissionais, não mais por empresas (SILVA,1996). Nesse período, se inicia um esboço do que seria a Política Nacional de Saúde, que se consolida a partir da década de 1940 (BRAVO, 2006). Nessa nova fase, o modelo de Previdência Social passou a não entender a prestação dos serviços de assistência médica como obrigação das instituições previdenciárias, que se centralizaram no repasse de aposentadorias e pensões (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram segundo Braga e Paula,(1986. p. 53-55):

Ênfase nas campanhas sanitárias; Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão de obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller —de origem norte-americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Foi o presidente do Brasil Getúlio Vargas que suspendeu as aposentadorias das CAP's e as substituiu por IAPs. Em 1966 os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que resultou em centralização ainda maior e junção de recursos que seriam usados pelo governo sem controle público. Posterior ao golpe de Estado de 1964, o governo da ditadura procedeu a reformas no sistema de saúde e previdência, com o discurso da modernização e racionalização, que alteraram o quadro hospitalar brasileiro (Teixeira e Oliveira, 1986; Netto, 1991).

Segundo Bravo e Matos (2006), A ditadura, revelou para a maior parte da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. No contexto de ditadura militar, logo, em regime autoritário, houve investimento no setor privado em menoscabo ao público, por meio de convênios, assim foram construídos vários hospitais particulares com uso do dinheiro público para equipá-los. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas atenuados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. (BRAVO E MATOS, 2006).

Nesse período o modelo hospitalocêntrico se torna o foco, modelo que pode ser caracterizado pela priorização de grandes complexos hospitalares, com ideais que reforçam a remediação com a doença já instalada, em vez de utilizarem formas de prevenção primárias, o que beneficia indústrias farmacêuticas e os envolvidos na construção desses hospitais. A saúde pública é deixada em segundo plano e são priorizados os complexos médicos hospitalares, com o setor privado nacional prestando serviços de medicina curativa, individual e hospitalizante. Logo, só recebia tratamento quem tinha condições financeiras, os demais, ficavam a mercê de ações caritativas oferecidas pela medicina popular e pelas Santas Casas de Misericórdia (CARVALHO, 2004).

É na ditadura militar, em 1970, que se inicia o Movimento Sanitário no país. Esse movimento tem muita importância para a saúde no Brasil, pois foi o precursor do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este movimento questionava o sistema de saúde vigente e apresentava propostas que apontavam para a construção de um sistema de saúde que não discriminasse nenhuma pessoa, que não precisasse de contribuir financeiramente para ser atendido, e que fosse eficaz (MATOS, 2009. p. 47).

Houve um impasse na divulgação das propostas do movimento sanitário, pois ainda se vivia em um regime militar, porém no final de 1970 o regime militar começou a ruir, principalmente pela movimentação e pressão popular, então o governo reiniciou a abertura política, de forma lenta e gradual. Com isso, nos anos de 1978, 1979 vários movimentos políticos se rearticularam. Em 1979 aconteceu o Primeiro Simpósio Nacional de Política de Saúde, promovido pela comissão de saúde da Câmara dos deputados. De acordo com Neto (1994), Foi aí que as propostas da reforma sanitária puderam ser apresentadas em debate coletivo.

Em 1980 começa o debate sobre as propostas do movimento sanitário e as contrapropostas sobre o rumo da política de saúde, conforme aponta Matos (2009. p. 48):

Na década de 1980 – em meio a crise política e econômica do Estado brasileiro – pôde se dar o debate de ideias entre as propostas do Movimento Sanitário e as contrapropostas à construção da política pública de saúde. Propostas estas articuladas ao poder estatal e defendidas pela FBH (Federação Brasileira de Hospitais) e pela ABRAMGE (Associação Brasileira de Medicina de Grupo). Os anos de 1980, ao contrário do que conclamam as mídias, foram muito importantes para os movimentos sociais brasileiros. O bordão ‘década perdida’ na verdade remete-se a apenas a ausência do crescimento econômico. É dessa década o movimento ‘pelas Diretas Já!’ – que contou com grandes mobilizações de massa exigindo o fim da ditadura militar e eleições diretas para a presidência da república – que é, provavelmente, o exemplo paradigmático da riqueza desta década.

Aconteceu então a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Isso significou um marco histórico na trajetória da política pública no Brasil. Foram discutidos lá os rumos da saúde no país, a saúde como direitos de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde, e Financiamento Setorial. Nesta Conferência que foi aprovada a causa do Movimento de Reforma Sanitária, em forma de proposta legitimada pelos segmentos sociais representativos que estavam na conferência. As recomendações do setor saúde da Ditadura Militar foram substituídas pela reformulação da Constituição Federal.

Em vista disso que a Constituição Federal de 1988 é considerada um progresso, é nela que a Seguridade Social é estabelecida, integrando a Saúde, com a Assistência Social e a Previdência Social. É definida então a saúde como direito de todos e dever do estado, e um

sistema único com a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica. Essa definição fica clara nos cinco artigos presentes na constituição acerca da saúde (Art. 196-200).

Para alcançar essa conquista houve muitas dificuldades, pois a discussão da saúde se deu em dois lados opostos, um bloco defendia a privatização dos serviços de saúde, este era formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), e pela Associação das indústrias Farmacêuticas (internacional). O outro bloco defendia os ideais do Movimento Sanitário, e era formado pela ‘Plenária Nacional de Saúde. Segundo Bravo (1996. p. 81), foi graças à capacidade técnica e o posicionamento pressionador sobre os constituintes, a mobilização da sociedade civil e a emenda popular assinada por mais de cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades que o segundo bloco realizou, que houve a criação do SUS.

A Constituição Federal de 1988 apesar de ter sido um avanço, logo de início enfrentou barreiras para a implementação, devido ao avanço neoliberal na década de 1990. O projeto neoliberal usou de estratégia para rearticular o capital, defendendo um estado mínimo no que diz respeito ao social, comprometendo as conquistas sociais e trabalhistas.

Com o governo de Fernando Collor de Mello (1990-1992), houve a primeira tentativa de implementação do projeto neoliberal no país, que se reflete em estratégias para corte de direitos, desresponsabilização do estado, que é expressa em uma contrarreforma segundo Behring (2003): A seguridade social desde sua “implementação” sofre frequentemente tentativas de desmonte, diante de discurso sobre uma suposta crise econômica do estado, tal discurso na verdade só é usado para justificar retrocessos em direitos sociais que estão na constituição. Sempre que há algum avanço social, em seguida ocorre uma tentativa de precarizar e minimizar o usufruto desse direito, pois quando se fala em crise ou necessidade de corte de despesas, o primeiro setor a sofrer é o tocante a direitos sociais.

Os setores que mais sofreram com os ataques e tentativas de privatização da seguridade social foram a assistência social e a saúde. A saúde ainda conseguiu resistir de alguma forma por conta do grande número de conselhos e a representatividade das conferências de saúde e mobilizações perante ameaças.

Quanto ao primeiro mandato do governo de Luiz Inácio Lula da Silva, que foi de 2003 a 2006, Bravo (2006) identifica duas dimensões. A primeira é de inovação, onde ela coloca o retorno da concepção de reforma sanitária, escolha de profissionais comprometidos com a reforma sanitária, criação da secretaria de gestão do trabalho, secretaria de gestão participativa, e secretaria de atenção a saúde, com intuito de unificar a atenção básica,

secundária e a atenção terciária; elaboração de um documento preliminar para discussão nas conferências preparatórias.

Com relação à segunda dimensão, da continuidade, Bravo (2006) fala que há ênfase na precarização do trabalho em saúde; focalização que pode ser notada nos programas: Saúde da Família e Farmácia Popular; terceirização de recursos humanos; ampliação do conceito de ações de serviços de saúde para gastos com saneamento e segurança alimentar; dentre outros aspectos. Em suma, o governo Lula apesar dos vários feitos, mostrou priorização de ajustes econômicos em detrimento da consolidação de políticas sociais públicas universais.

A saúde é compreendida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. A concepção de saúde presente na legislação brasileira promulgada após os anos 80 é ainda mais ampliada que a da OMS, pois entende que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.(art. 3º, Lei, 8.080/1990).

Após a Constituição Federal de 1988 a saúde passou a ser definida como um direito de todos e um dever do Estado, o qual deve assegurar condições indispensáveis ao seu pleno exercício, ou seja, para usufruir dos serviços de saúde, basta precisar deles. O Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, veio como resultado de muita luta e disputa política de categorias profissionais e sociedade legitimado na Constituição de 1988, trazendo como princípios o acesso universal ao serviço de saúde, a integralidade das ações, a equidade, a descentralização dos recursos da saúde, e o controle social, que é exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

No SUS, a atenção à saúde foi descentralizada a fim de facilitar a triagem dos casos, sendo dividida em três níveis: os níveis primário, secundário e terciário, que representam diferentes complexidades. O nível primário é composto pelas Unidades Básicas de Saúde, onde são marcados exames e consultas, sendo caracterizado como a porta de entrada aos serviços do SUS, em que deve ser resolvida a maior parte dos problemas de saúde, para que em última instância, sejam direcionados para o próximo nível. O nível secundário abarca as clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e hospitais escolas. “Enquanto que no terciário encontram-se grandes hospitais públicos e privados” (SOUZA, 2013).

De acordo com Borges et al. (2010, p. 03), ainda que o SUS tenha apresentado muitos avanços à saúde da população, ainda há muitas condições a serem superadas, “dentre as quais constam a demanda reprimida/exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual”.

É importante reconhecer que muito já foi feito, o fato de ter o direito a saúde garantido na constituição é um avanço considerável, mas ainda há um longo caminho a percorrer no tocante a consolidação do SUS e aprimoramento dos seus serviços. É preciso muita luta e união dos movimentos sociais para que consigamos um Sistema democrático, universal, efetivo e integral, a fim de assegurar a saúde como direito de todas (os) (PAIM, 2009).

1.2. Política de saúde mental no Brasil – Reforma psiquiátrica

Não havia no Brasil, até a segunda metade do século XIX, atendimento específico destinado as pessoas com transtornos mentais, sendo esses entregues às prisões ou mantidos em quartos fortes nos hospitais gerais (ODA e DALGALARRONDO, 2005).

Em 1841 é iniciada a construção do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. A assistência dada as pessoas com transtornos mentais era feita a priori pela caridade, depois pela medicina geral e ao final do século XIX pela psiquiatria. Apenas em 1886 que um psiquiatra, Teixeira Brandão, assume a direção do Hospício D. Pedro II (Medeiros, 1992).

Pode-se falar de uma política autônoma para a saúde mental no Brasil com o advento da República (Messas, 2008), havendo uma sequência de decretos logo após a sua proclamação, como o que desanexa o Hospício D. Pedro II da Santa Casa de Misericórdia e o nomeia Hospício Nacional de Alienados, “estabelecimento central da assistência”, com Juliano Moreira como diretor.

O Brasil teve sua primeira lei organizativa do atendimento em saúde mental em 1903, o decreto n.º 1.132, que, por um lado, visava proteger a sociedade dos riscos atribuídos aos “indivíduos com moléstia mental”, e, por outro, estabelece um controle social da prática de internação (Câmara dos Deputados, 2009c).

Com o surgimento do SUS, foram estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, inclusive a de saúde mental. E finalmente se inicia a construção de uma nova visão das pessoas em sofrimento mental, uma visão mais humanitária, que os considera sujeitos de direitos e não desajustados que oferecem risco social.

No final na década de 1970, com o surgimento do Movimento Sanitário o processo de Reforma Psiquiátrica ganha destaque no Brasil. O modelo de saúde centrado nos grandes complexos médicos hospitalares e pautado na concepção de saúde como ausência de doença se mostra falho, e os movimentos sociais, membros da sociedade civil e algumas categorias profissionais, se engajam em uma luta vigorosa em prol de um modelo de saúde diferenciado. As raízes do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil encontram-se no exterior.

Uma contextualização histórica dos processos de desinstitucionalização psiquiátrica nos mostra que as condições no pós-Segunda Grande Guerra na Europa – escassez de força de trabalho e esforço reabilitativo; conjuntura de reconhecimentos e afirmação de direitos civis; desenvolvimento de serviços sociais públicos; introdução de abordagens psicológicas e comunitárias; conduzem a uma reforma na assistência (VASCONCELOS, 1992^a:p. 42-46).

Mavi Rodrigues (1996. p. 16), resumindo esse processo, atribui como algumas das causas políticas e econômicas do Movimento de Reforma Psiquiátrica na Europa, a emergência do Keynesianismo e a posterior crise do Estado de Bem-Estar, ambas conformando as características históricas deste movimento em suas respectivas épocas.

Neste contexto, o movimento de Reforma Psiquiátrica inicia-se na década de 1970, fruto, também, da insatisfação popular com a repressão e com a política de saúde da ditadura, visando combater e mudar a conjuntura da saúde mental, caracterizada por: conjunturas hospitalocêntricas, com superlotação dos manicômios e estimulação da indústria hospitalar da loucura; mercantilização do sofrimento mental; modelo curativo; tratamentos tortuosos e desumanos e enclausuramento da loucura. De acordo com Machado:

A atenção psiquiátrica no Brasil se encontrava caótica mais de sete mil doentes internados sem cama e hospitais psiquiátricos sem especialidade. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade de doentes crônicos era seis vezes maior que nos hospitais para doenças crônicas especializadas (MACHADO apud VASCONCELOS, 1997, p. 36).

Um importante elemento no fortalecimento da luta pela reforma psiquiátrica, em 1978, foi o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No Brasil, nos anos 1970, os militantes das várias correntes de psiquiatrias e psicologias alternativas se reuniram no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e organizaram congressos em níveis regionais e até nacionais, dos quais, na década de 1980, se originou o que chamamos de Movimento de Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995; “Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente”, in Vasconcelos, 2000c). Segundo o ministério da saúde (2005, p. 7):

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

O Brasil inicia um processo de ruptura de paradigmas inspirado na experiência italiana de desinstitucionalização psiquiátrica. No início a proposta no Brasil era a de reformar os hospitais psiquiátricos, porém, depois das considerações feitas por Franco Basaglia (1982), médico psiquiatra italiano considerado precursor do movimento de reforma sanitária no norte da Itália, o objetivo da reforma no Brasil muda de rumo, sendo exigido o fim dos hospitais psiquiátricos, considerados verdadeiros manicômios.

Basaglia (1982) afirma: “O hospício é construído para controlar e reprimir os trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção.” Baseado nessa afirmação e em diversos estudos foi travada a luta por uma sociedade sem manicômios, em que as pessoas com transtornos mentais sejam vistas e tratadas como sujeitos de direitos, merecedoras de um tratamento digno, humanizado, que considere suas particularidades sem excluí-las da sociedade.

Segundo Amarante, o objetivo da Reforma Psiquiátrica é [...] “não só tratar mais adequadamente o indivíduo com transtorno mental, mas o de construir um novo espaço social para a loucura, questionando e transformando as práticas da psiquiatria tradicional e das demais instituições da sociedade” (2003,p. 58). Assim, a Reforma Psiquiátrica planeja, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento fundamentado na inclusão e inserção comunitária, esquecendo a ideia de que os “loucos” deveriam ser isolados para o tratamento (AMARANTE, 2009).

Vários acontecimentos marcaram o início desse processo, dentre eles estão: Em março de 1986 foi inaugurado o primeiro CAPS do Brasil, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cergueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004). Em 1987 aconteceu em Bauru, SP o II Congresso Nacional do MTSM que adotou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005. p. 7).

Em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) deu início há um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital

psiquiátrico. Neste período no município de Santos são implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas; são criadas cooperativas; residências para os egressos do hospital e associações (BRASIL, 2005, p. 7).

Outro fato marcou o ano de 1989, foi o avanço do movimento de reforma psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, com a apresentação do projeto de lei ao congresso nacional que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, apresentado pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG).

Segundo o Ministério da Saúde, a partir de 1992 os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem a aprovação em vários estados brasileiros das primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar forma.

É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005. p. 8).

Em 1990 foi criada a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM), substituindo a Divisão Nacional de Saúde Mental, que até então exercia funções de planejamento de campanhas de saúde mental e manutenção de alguns hospitais psiquiátricos públicos. A CGSM passa a coordenar a política de saúde mental do País e, potencializada pela emergência do SUS, implanta ações de grande impacto no sistema público de saúde, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e o financiamento de serviços na comunidade (Borges e Baptista, 2008). Existem no Brasil instâncias de participação social nas políticas de saúde mental, estabelecidas pelo SUS: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (lei n.º 8.142, de 1990). Foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, em 1987, 1992, 2001 e 2010.

Após 12 anos de tramitação no congresso a lei apresentada por Paulo Delgado é finalmente sancionada, com algumas modificações da proposta original. Com a instituição da Lei 10.216, dia 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e reformula o modelo assistencial em saúde mental, e a realização da III

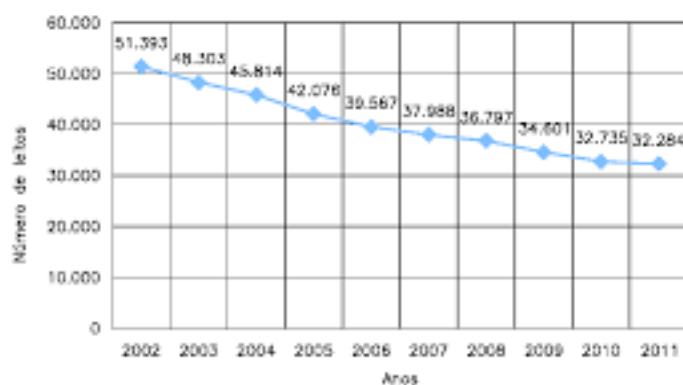
Conferência Nacional de Saúde Mental, a nova política de atenção à saúde mental, segundo o Ministério da Saúde, foi instaurada de vez. Em outubro do mesmo ano, é assinada a Portaria nº 2077/GM, que regulamenta a Lei 10.708 e cria dispositivos de apoio aos processos de desinstitucionalização, como o “Programa de Volta para Casa” Além da inclusão da saúde mental na pauta de prioridades da educação permanente para o SUS.

Com a reforma, um conjunto de práticas manicomiais foi substituído por um espaço terapêutico institucional com vias ao espaço comunitário. A repressão foi trocada por discursos de esclarecimento, liberdade de expressão e diálogo, segundo a Revista de Saúde Mental do Distrito Federal (v.8, 1997).

Cabe frisar que: “Na linha da desinstitucionalização, as instituições psiquiátricas precisam ser analisadas coletivamente (essa é a proposta: as instituições devem ser colocadas em xeque), urgem ser postas em autocrítica e autoavaliação” (Basaglia, 1991).

Algumas medidas foram tomadas para contribuir com o processo de desinstitucionalização de pessoas com histórico extenso de internação, dentre eles o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos. Tal ação foi impulsionada por novas normatizações estabelecidas pelo ministério da saúde em 2002 que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais.

Gráfico 1: Redução de leitos psiquiátricos do ano de 2002 a 2011.



Fonte: Brasil. Saúde Mental em dados 5

O Gráfico 1 demonstra o processo de redução de leitos psiquiátricos no país do ano de 2002 a 2011. O processo de redução planejada e programada de leitos tem sido acompanhado por significativa expansão da rede comunitária. Este processo resultou, ao longo dos anos, no

fechamento de cerca de 18.500 leitos em Hospitais Psiquiátricos, através do PNASH/Psiquiatria e do PRH (Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica).

O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica do SUS (PRH), a instituição do Programa de Volta pra Casa, as residências terapêuticas e ampliação dos CAPS são ferramentas que contribuem anualmente com a diminuição de leitos e fechamento de vários hospitais psiquiátricos.

A Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 institui os Serviços Residenciais Terapêuticos definidos como moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar de pessoas com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. A Portaria 106 propõe as Residências Terapêuticas como uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, sendo que a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica será reduzido ou descredenciado do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital.

Uma Residência Terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores. De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do coabitar e do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. De fato, a inserção de um usuário em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Cada residência deve estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território. Especialmente importantes nos municípios-sede de hospitais psiquiátricos, onde o processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais está em curso, as residências são também dispositivos que podem acolher pessoas que em algum momento necessitam de outra solução de moradia. (BRASIL, 2005).

O Programa de Volta para Casa é uma estratégia fundamental a ser usada no processo de desinstitucionalização de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, pois contribui diretamente com o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, por meio do pagamento mensal de um auxílio reabilitação, no valor de R\$410,00 (quatrocentos e doze reais) aos seus beneficiários. Para receber o auxílio reabilitação do Programa de Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social (BRASIL, 2005). O benefício é válido por um ano, podendo ser renovado mediante pedido da equipe de saúde mental que

acompanha o caso, e pode ser pago também para moradores dos SRTs. Em 2011 haviam 3.961 pessoas inscritas no Programa (Brasil, Ministério da Saúde, 2012).

A Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003 institui o auxílio reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado “De Volta Para Casa”, sob coordenação do Ministério da Saúde.

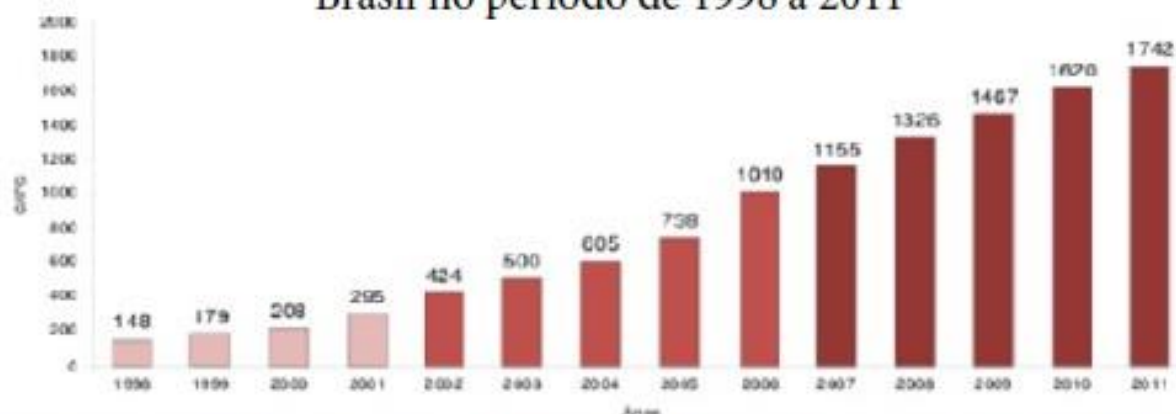
Criado pela lei federal 10.708, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, votada e sancionada em 2003, o programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992. (BRASIL, 2005, p.17).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. “É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país” (BRASIL, 2005, p. 27). Os CAPS oferecem à população acompanhamento clínico, reinserção social dos usuários por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. (BRASIL, 2005, p. 27).

Ao longo dos anos os CAPS tem se expandido consideravelmente, o que é fundamental para transformar a realidade da assistência em saúde mental. A cobertura da assistência tem evoluído de forma significativa dentro dos parâmetros postos pelo Ministério da Saúde. Segundo o gráfico abaixo que fez a análise da expansão dos CAPS no Brasil de 1998 a 2011, o número de CAPS teve um aumento significativo, de 2004 para 2011a quantidade praticamente triplicou.

Gráfico 2 - Série histórica da expansão dos CAPS no Brasil no período de 1998 a 2011



Fonte: Coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas/DAPES/MS

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes – cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país.

Estes serviços têm equipe mínima de 9 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. (BRASIL, 2005, p. 29).

Os CAPS II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes – cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. “Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana” (BRASIL, 2005, p. 29-30).

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. Previstos para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, os CAPS III estão presentes hoje, em sua maioria, nas grandes metrópoles brasileiras – os municípios com mais de 500.000 habitantes representam apenas 0,63 % por cento dos municípios do país, mas concentram boa parte da população brasileira, cerca de 29% da população total do país.

Os CAPS III são serviços de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima para estes serviços devem contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês. (BRASIL, 2005).

Os CAPSi, especializados no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estes serviços é de 11 profissionais de nível médio e superior. (BRASIL, 2005).

Os CAPSad, são especializados no atendimento de indivíduos que consomem um nível prejudicial de álcool e outras drogas, são equipamentos previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior. (BRASIL, 2005).

O matriciamento é outro serviço que tem fundamental importância para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. Segundo definição do Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com as universidades UERJ, U.F. do Ceará, U.F. S.P e PUC do RS, a definição é: “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico terapêutica”.

Vale contextualizar a importância do matriciamento no processo de desenvolvimento do tratamento a saúde mental. A reforma psiquiátrica indica a necessidade de uma articulação da saúde mental com a Atenção Básica, no intuito de transpor e superar o modelo de atenção centrado e fundado no saber médico, essa questão hospitalocêntrica, institucionalizada, onde a saúde é vista como a ausência de doença e iniciar e fortalecer um modelo de intervenção que privilegie a atenção integral e territorializada.

Com o Movimento de Reforma Psiquiátrica surgiram novas formas de intervenção para lidar com o transtorno mental, com serviços substituintes do modelo manicomial. O matriciamento é uma estratégia nesse aspecto, uma nova metodologia de trabalho. O apoio matricial é diferente do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional. Ele pode ser entendido com base no que aponta Figueiredo e Campos (2009): é um suporte técnico especializado, ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde com a finalidade de aumentar seu campo de atuação e qualificar suas ações.

2. SERVIÇO SOCIAL, SOFRIMENTO MENTAL E ESTIGMA SOCIAL

2.1. Sofrimento mental e o estigma social

A Organização Mundial de Saúde – OMS – ONU, entendem como Transtornos Mentais e Comportamentais as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas a angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. De acordo com estimativa da OMS, cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados ao abuso do álcool e outras drogas. Além do sofrimento e da ausência de atenção encontram-se as fronteiras da estigmatização, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte (OMS, 2001).

Há uma série de distúrbios e transtornos mentais definidos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos (CID-10) que obedecem restrições clínicas e normas de diagnóstico. Há uma variação dos sintomas, mas os transtornos em geral se enquadram em uma combinação de emoções, ideias, relacionamentos e comportamentos fora do normal com outros indivíduos. Alguns exemplos são a esquizofrenia, depressão, retardo mental, dentre outros.

Transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Isto significa que os transtornos mentais não deixam nenhum aspecto da condição humana intocado (Amaral s/d s/p).

Culturalmente a sanidade mental é vista como algo inabalável caso a pessoa tenha condições financeiras, família sólida e outros aspectos considerados importantes para a manutenção da condição mental em sociedade. Isso é um equívoco, pois qualquer um está exposto ao desenvolvimento de algum transtorno mental, visto que nem todo transtorno é uma predisposição genética, podem ser adquiridos por vários determinantes sociais, como por exemplo a pobreza, conforme diz a OMS (2001): “Os pobres e os desfavorecidos acusam uma prevalência maior de perturbações mentais e comportamentais, inclusive as causadas pelo uso de substâncias”. Outros fatores podem ser: a passagem por fases difíceis na vida, perda de um

ente próximo, desemprego, a chegada da adolescência e início da velhice que são períodos delicados, estresse pós-traumático, dentre outros.

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, os transtornos mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001).

Segundo Losicer (1982:65-66 apud Bisneto 2007:177) “É a psiquiatria – dos ramos da medicina – a que com maior evidência demonstra como a enfermidade (neste caso, a loucura) está penetrada, gerada e controlada por fatores sociais – políticos – econômicos”. Os cuidados à saúde mental costumam ser negligenciados em comparação à saúde física, e muitos indivíduos que sofrem de algum transtorno silenciam a sua dor, o que contribui com o aumento e agravamento do índice de pessoas com transtornos mentais.

A OMS (2001) aponta que em países em desenvolvimento, é deixada à maioria das pessoas com transtornos mentais graves a tarefa de carregar como puderem o seu fardo particular de depressão, demência, esquizofrenia e dependência de substâncias. Por conta disso, muitos se transformam em vítimas em decorrência da sua doença e se tornam alvos de estigma e discriminação.

A história da loucura tem um registro comprido, e ao longo do tempo o fenômeno foi identificado como diversas caracterizações, sendo elas: castigo dos deuses, poderes sobrenaturais, atividade demoníaca ou uma trágica experiência de vida. Era considerada como experiência diferente de vida, ora apreciada, ora combatida, dependendo da sociedade em que se expressava, ou de como se manifestava nos diferentes contextos (BISNETO, 2007).

As primeiras medidas de tratamento sempre foram no sentido de “vigiar e punir” os “loucos” (FOUCAULT, 1991) como se suas desconhecidas manifestações fossem um problema de conduta. Tratavam os indivíduos como se fossem culpados por sua situação. A lógica da exclusão, para retirar o problema – no caso o doente – sempre esteve presente nos espaços destinados ao referido “tratamento”, que em muitas vezes era na forma de correção, como é o caso do chamado “berço de contenção de loucos” (AMARANTE, 2009, p. 16).

Na Grécia antiga, grande parte da população defendia que a doença mental era decorrente da possessão por demônios e espíritos malignos, teoria denominada como “demonológica”. Hipócrates contrariou essa teoria com a defesa da concepção médica acerca do tema. Mas apesar dos esforços de Hipócrates, que ficou conhecido como “o pai da medicina ocidental”, a defesa da teoria demonológica permaneceu, inclusive entre os médicos.

Um ícone na defesa de tal teoria foi Celsus, médico romano que pregava que indivíduos com doença mental deveriam ficar acorrentados, no escuro e privados de alimentação.

Na Idade Média, com o surgimento do cristianismo que pregava incisivamente os preceitos morais, a visão do doente mental como alguém que sofre de influência demoníaca predomina. Mas em contrapartida a essa visão, mosteiros e estruturas asilares ampliaram o cuidado a pessoas com transtornos mentais. Com o advento da Idade Moderna na civilização ocidental e a ascensão do pensamento racional, esse fenômeno passou a ser considerado como uma falta de razão. O que representava um fenômeno complexo passou a ser um fato negativizado, desvalorizado, fora da normalidade (FOUCAULT, 1987).

Amarante (1995), Robaina (2010) e Barbosa (2006) ressaltam que a psiquiatria nasceu como uma especialidade médica em 1793, sob o legado da Revolução Francesa, através de Pinel, médico francês e um dos primeiros a tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais, que no contexto do desenvolvimento do iluminismo e a defesa dos direitos humanos, desenvolveu o conceito de “tratamento moral”, afirmando que pessoas com doenças mentais não deveriam ser tratadas de formas cruéis, mas humanas. “Os alienados, longe de serem culpados a quem se deve punir, são doentes cujo doloroso estado merece toda a consideração devida a humanidade que sofre e para quem se deve buscar pelos meios mais simples restabelecer a razão desviada”. (PINEL, 1801).

Ainda assim a visão humanitária acerca da condição mental dos indivíduos não se tornou predominante, como podemos observar:

No entanto, este modelo não se generalizou, perdurando práticas de enclausuramento, abandono e violência. A era dos asilos manteve-se até meados do século XX, com a limitação das verbas alocadas à saúde mental a condicionar a construção de instituições centralizadas e de grandes dimensões, desumanizantes. O movimento da psiquiatria comunitária veio defender o desmantelamento dos asilos, defendendo a reabilitação e a reintegração social dos doentes. Mas com este movimento surgiram novos desafios, sendo o estigma, sem dúvida, um dos mais significativos (XAVIER, 2013. p. 10).

O estigma em saúde mental se configurou como um dos maiores desafios desde o surgimento do movimento da psiquiatria comunitária, e atualmente continua sendo um desafio. O mesmo tem uma definição negativa e depreciativa acerca da condição de alguém, cria uma marca desfavorável sobre o indivíduo e contribui para que ele seja discriminado socialmente.

O termo estigma foi originado pelos gregos, que o utilizavam para referenciar sinais corporais que representavam algo extraordinário ou ruim sobre o status moral de quem os tinha. Os sinais eram feitos com cortes ou queimaduras no corpo, e serviam de alerta para os outros avisando que quem os tinha era um escravo, criminoso ou traidor. Quem carregava

algum desses sinais era evitado tanto no âmbito público quanto privado. Segundo Goffman (1963) o que difere o significado do estigma da época em que surgiu para a atualidade, é que hoje ele faz referência mais ao transtorno em si, como algo negativo, do que a sinais ou evidências corporais.

Geralmente o estigma sobre a condição mental de alguém existe por falta de conhecimento e desinformação sobre o tema. Quando se fala no assunto muitas pessoas já o associam a personagens da televisão peculiares, como a mulher imprevisível que apresenta múltiplas personalidades, o homem que oferece riscos a sociedade por ser perigoso, a pessoa em situação de rua que fala sozinha, dentre outras situações estereotipadas. A reprodução desse estereótipo configura um impasse para o avanço na luta pela superação do estigma e discriminação de pessoas com transtornos mentais, parte da sociedade toma essas “ideias feitas” como verdades, o que produz ruídos e informações equivocadas são transmitidas.

Um ícone na temática do estigma foi Erving Goffman (1963), um sociólogo conhecido como um dos pioneiros no estudo sobre o estigma e doença mental. Em sua obra “Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” (1963), ele define o estigma como:

“[...] um atributo profundamente oneroso...” cujo portador “...é reduzido, nas nossas mentes, de uma pessoa completa e normal para uma pessoa maculada, diminuída.”. Demonstra ainda, de uma forma clara, a magnitude que este fenômeno pode assumir: “Por definição... nós (referindo-se aos normais) acreditamos que a pessoa com um estigma não é bem humana”. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminação... que reduzem as suas oportunidades na vida... Construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e que justifique o perigo que representa... Usamos termos específicos estigmatizantes... Imputamos-lhe um vasto conjunto de imperfeições com base na imperfeição original...”.

Com o exposto até aqui se percebe que o conceito de loucura é uma construção histórica, antes do século XIX não existia a concepção de doença mental nem uma divisão entre razão e loucura. O trajeto histórico do Renascimento até a atualidade tem o sentido da progressiva separação e exclusão da loucura do seio das experiências sociais (FERNANDES e MOURA, 2009). Além das dificuldades e dos problemas que os indivíduos que possuem distúrbios mentais sofrem, eles ainda vivenciam situações nas quais são hostilizados por outras e convivem com a exclusão no dia a dia (WAIDMAN et al).

A população que sofre de algum transtorno mental é reconhecida como uma das mais excluídas socialmente, tais pessoas apresentam redes sociais menores do que a média das outras pessoas. Para Fernandes e Moura (2009) a segregação não é apenas fisicamente, permeia o corpo social numa espécie de barreira invisível que impede a quebra de velhos paradigmas. Um exemplo dessa afirmativa é que nem todas as pessoas apresentam manifestações da doença o tempo todo, ou seja, não demonstram que são depressivas,

esquizofrênicas, catatônicas e etc, pois com tratamento as crises podem ser cessadas, mas, ainda assim, se ela diz que já sofreu ou sofre de algum transtorno mental a sociedade já a encara de outra forma, como se o indivíduo carregasse uma marca para sempre, mas não necessariamente uma marca física como era na Grécia antiga, e sim uma marca invisível, na alma.

No período de estágio no Instituto de Saúde Mental, uma das justificativas que mais se ouvia é que a dificuldade em conviver com pessoas com sofrimento mental não é por preconceito, mas sim por medo, pois são violentos e instáveis, porém 93% das pessoas com doença mental (esquizofrênicos, bipolares e com psicose não especificada) não são violentos – Archives Ger. Pshych. 1996. Outra afirmativa que corrobora com isso é a estimativa da Organização Mundial da Saúde, segundo ela os transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves cerca de 5 a 10%. No Brasil, dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) sobre a concessão de benefícios previdenciários de “auxílio-doença”, por incapacidade para o trabalho superior a 15 dias, e de “aposentadoria por invalidez”, por incapacidade definitiva para o trabalho, mostram que os transtornos mentais, com destaque para o alcoolismo crônico, ocupam o terceiro lugar, entre as causas dessas ocorrências. (Medina, 1986).

Algumas ferramentas têm fundamental importância no enfrentamento ao estigma social, os serviços ofertados pelo CAPS são um dos principais, a medida que em seus territórios de atuação promovem cidadania e possibilitam espaços para articular conflitos, tensões e possibilidades. É uma resposta ao modelo manicomial que ainda está arraigado a algumas instituições e na forma de pensar de algumas pessoas. A equipe multidisciplinar dos CAPS atua no propósito da superação desse estigma por meio da reabilitação psicossocial e inclusão social com o aumento dos debates sobre direitos e a cidadania de pessoas com doença mental no seu território de atuação, fornecendo informação e orientando pessoas com e sem doença mental e aos empregadores sobre o objetivo de diminuir a discriminação/estigma associado à doença mental.

A luta por esse propósito não beneficia apenas os usuários do CAPS, mas também ao SUS como um todo, a medida que o estigma e a discriminação ferem os princípios básicos do SUS e aos direitos humanos (DH) que constam na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que incluem o direito a uma vida livre de discriminação por qualquer motivo, incluindo pelo estado de saúde. Fortalecer o SUS é necessário para melhorar as condições de vida dos seus usuários, e sendo os usuários dos CAPS, usuários do SUS, é dever dos

profissionais de saúde, categorias profissionais e da população contribuir com uma sociedade livre do estigma e da discriminação.

A afirmativa se faz presente em:

Estigma e discriminação, termos que já quase sempre se fazem acompanhar um ao outro, demonstrando na sua união discursiva essa confluência de sentidos, constituem-se, assim, em um intérprete das fragilidades do SUS no que se refere aos seus três princípios fundamentais: universalidade, equidade e integralidade. Já dissemos em outro lugar que o princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso à saúde e ao cuidado para todos, o da equidade nos exige compactuar com todos o que cada um necessita, e que a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘que’ e ‘como’ para responder universalmente às necessidades de cada um. Ora, essas aspirações são praticamente o inverso do movimento descrito pelo conceito de estigma e discriminação, que denuncia universalização onde é preciso diferenciar e diferenciação onde é necessário universalizar (AYRES, 2009).

2.2. O serviço social na saúde mental: do surgimento a atualidade

O serviço social é uma profissão inserida em um contexto sócio-histórico, cujo objeto de trabalho é a questão social e suas múltiplas determinações. Essas expressões da questão social se manifestam conforme o espaço sócio ocupacional do assistente social. (IAMAMOTO, 2008). A saúde mental tem sido uma das áreas sócio ocupacionais que, com o tempo, vem requerendo a intervenção desse profissional e apresentando diversas demandas.

O histórico do serviço social na saúde mental está dotado de contradições e dificuldades, especialmente no tocante a conexão entre teoria e prática profissional, visto que essa é uma das áreas de atuação mais complexas ainda hoje. No Brasil, não é desde o princípio que o serviço social intervém na saúde mental, diferente da realidade americana:

O Serviço Social no campo psiquiátrico iniciou-se, nos Estados Unidos, pouco depois do Serviço Social nos hospitais [1905]. Tinha como função, no início, ajudar o paciente a se reajustar à vida normal; depois foram incluindo nas funções do assistente social o estudo do ambiente familiar e profissional e a ajuda à sua família para aceitar o doente e prepará-la a recebê-lo depois da alta (Vieira, 1985. p. 67).

Nesse período, os(as) assistentes sociais atuavam principalmente no reajustamento das pessoas com transtorno mental e prevenindo recaídas. Foi em um hospital psiquiátrico de Boston que o primeiro setor de serviço social em hospital psiquiátrico foi organizado, em 1912: “Mary C. Jarrett, que organizou o departamento de Serviço Social do Boston Psychopathic Hospital em 1912 (...)” (Silva, 1993. p. 51). Tal prática profissional foi denominada de “Serviço Social Psiquiátrico”.

De acordo com Vasconcelos (2000) as escolas de serviço social, após a formação dos primeiros assistentes sociais, buscaram incluir os profissionais nos hospitais psiquiátricos para desempenhar as funções voltadas para a área da assistência social. O trabalho do assistente social inicialmente caracterizou-se por situar-se na ‘porta de entrada’ dos hospitais psiquiátricos, com fortes traços de subalternidade:

É a esta concepção desenvolvimentista que se conecta a perspectiva renovadora configurada nos documentos de Araxá e Teresópolis: o processo de desenvolvimento é visualizado como elenco de mudanças que, levantando barreiras aos projetos de eversão das estruturas socioeconômicas nacionais e de ruptura com as formas dadas de inserção na economia capitalista mundial, demanda aportes técnicos elaborados e complexos –além, naturalmente, da sincronia de “governos” e “populações” –, com uma consequente valorização da contribuição profissional dos agentes especializados em “problemas econômicos e sociais” (NETTO, 1991, p. 166-167).

Sendo assim, o trabalho do(a) assistente social era acrítico, e acabava por culpabilizar os indivíduos por suas situações miseráveis e problemas sociais, apesar de tais problemas serem fruto do desenvolvimento do capitalismo. O binômio repressão x assistência foi praticado pelos profissionais da época, que dessa forma, contribuíram com o reajustamento dos indivíduos na ordem social vigente, moldando-os nos padrões impostos.

A psiquiatria teve significativa expansão durante a Primeira Guerra Mundial, por conta da grande demanda de soldados com sofrimentos psíquicos provocados pelas extremas condições em contexto de guerra. Portanto, o serviço social pode expandir sua área de atuação, prestando acompanhamento às famílias dos soldados com um tratamento que mais parecia suporte terapêutico. O serviço social nos Estados Unidos se munuiu de vários referenciais teóricos para pautar sua atuação, principalmente o funcionalismo, o estrutural-funcionalismo, o higienismo e a psicologia (BISNETO, 2007, p. 19).

Uma das principais referências para os primeiros(as) assistentes sociais foi o trabalho de Mary Richmond, divulgado no livro *Diagnóstico Social*, publicado em 1917. No entanto, o aparecimento do Serviço Social psiquiátrico na Europa e nos Estados Unidos também teve forte influência do Movimento de Higiene Mental (MHM), que surgiu na França, entre 1910 a 1920 (LIMA, 2004). Este movimento buscava condições melhores para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, e em sua consolidação aumentou o enfoque para a prevenção e a higienização mental da sociedade da época.

No Brasil, a atuação do serviço social na saúde mental trilhou um caminho diferente, foi iniciada na forma de assistência para “amenizar” a relação entre capital e trabalho, através da intervenção nas refrações mais imediatas da “questão social”, tais como fábricas, previdência, assistência social (IAMAMOTO e CARVALHO, 1998).

O número de assistentes sociais atuando na área nos primeiros trinta anos era ínfimo, [...] o número desses profissionais era reduzido até os anos 1960 (ainda não ocorrera a “privatização” dos serviços públicos de saúde) (Bisneto, 2007, p.21). Além disso, em sua distinção dos Estados Unidos, outra particularidade consistia em que eram voltados para o atendimento à população muito pobre e não à massa dos trabalhadores em geral (Resende, 1990 apud Bisneto 2007):

- Havia poucos hospitais estatais. Eles atendiam um grande número de pacientes, na maioria indigentes ou crônicos abandonados pela família. Trabalhavam poucos assistentes sociais em cada hospício;
- Havia hospitais gerais ou psiquiátricos para os trabalhadores e seus dependentes, pertencentes à rede dos institutos de aposentadoria e pensão (IAPs), sem que os assistentes sociais fossem, necessariamente, especializados em psiquiatria.
- Havia poucas clínicas psiquiátricas privadas, que se destinavam ao atendimento às pessoas mais ricas. Não empregavam assistentes sociais (Cerqueira, 1968: 44-46).

Vasconcelos (2010) considera a década de 1940 um marco do ingresso do serviço social na saúde mental no Brasil. Segundo o autor, nos primórdios da profissão, o Serviço Social brasileiro foi fortemente influenciado pela doutrina social da igreja e pelo movimento higienista, constatação feita por conta do mapeamento realizado por ele, que identificou no primeiro Curso de Serviço Social, em 1930, um número expressivo de disciplinas com conteúdos a eles ligados.

A princípio, os(as) assistentes sociais atuavam nos hospitais psiquiátricos nas seções de assistência, trabalhando de forma subordinada aos médicos e em ações de levantamentos de dados sociais e familiares dos pacientes, fazendo contato com familiares no processo de preparação de alta e na produção de atestados sociais. Apesar dos esforços e avanços, ainda existem instituições que contam com essa prática acrítica, o que é extremamente problemático. Dessa forma, tratava-se de um fazer subalterno, burocrático, assistencialista e acrítico (VASCONCELOS, 2010). Esse fazer constitui o que Martinelli chama de “Identidade atribuída”:

Operando sempre com a identidade atribuída pelo capitalismo e ostentando a face dos detentores do poder a que estava vinculado – Estado, Igreja, classe dominante –, o Serviço Social caminhava em seu processo de institucionalização, atravessado continuamente pelo signo da alienação [...], os levava a se envolver com práticas conservadoras, burguesas, que visavam apenas a reprodução das relações sociais de

exploração, fundamentais para a sustentação do processo de acumulação capitalista (MARTINELLI, 2009, p.135).

Além da atuação em hospitais, em saúde mental as primeiras práticas dos assistentes sociais se deram nos centros de Orientação Infantil e Centros de Orientação Juvenil (COI/COJ) em 1946, que foi uma experiência importante na conformação do modelo do “Serviço Social Clínico” (Vasconcelos, 2000c: 163 e 184). A prática aplicada nesses centros era no intuito de acompanhar os jovens no processo de adaptação, evitando assim futuros desvios e patologias.

Antes das reformas no sistema de saúde pós-1964, o número de clínicas psiquiátricas privadas era pequeno e não há registros que empregassem assistentes sociais. Após o golpe de 1964, o governo da ditadura procedeu reformas no sistema de saúde e previdência, com o discurso da modernização e racionalização, que mudaram o quadro hospitalar brasileiro (Teixeira e Oliveira; Netto, 1991). Durante esse período o número de manicômios foi ampliado, atitude impulsionada pela privatização e centralização da saúde, fortalecendo o processo de mercantilização da loucura. Várias clínicas privadas que eram pagas pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) foram abertas. Esse movimento rebate na profissão através da possibilidade de ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais, que consolida-se em 1973 com a exigência imposta por este órgão:

[...] é a partir de 1973-quando o Ministério da previdência e Assistência Social (MPAS) enfatizava a importância da equipe interprofissional para a prestação de assistência ao doente mental, numa de suas tentativas de melhorá-la que se abriu um maior espaço para o Serviço Social nas Instituições Psiquiátricas. (SOUZA, 1986 apud BISNETO, 2007, p. 23 e 24).

Com o advento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica a atuação profissional dos(as) assistentes sociais em saúde mental sofre uma mudança de parâmetro, pois o Movimento de Reforma Psiquiátrica para Bisneto (2007) trouxe aspectos importantes para a atuação do assistente social, ressaltando a ênfase no aspecto político da assistência social e da assistência psiquiátrica; a necessidade da interdisciplinaridade e de ultrapassar os limites entre os saberes; a necessidade de democratizar as relações de poder entre técnicos e usuários, dentre outros aspectos discutidos.

Esse movimento influenciou o agir profissional, que passa a dar novos encaminhamentos metodológicos ao trabalho profissional, com a possibilidade de o assistente social intervir de forma efetiva nas expressões da questão social no campo da saúde mental (BISNETO, 2007). Essa ampliação de horizontes na prática profissional, exigiu do mesmo uma atuação mais crítica, visto que com a Reforma a perspectiva de reajustamento dos indivíduos com transtorno mental em sociedade se perde, e dá luz a ideia de reinserção social,

respeitando suas singularidades, superando o estigma e o preconceito e reforçando a cidadania desses indivíduos.

Simultâneo ao processo de Reforma Psiquiátrica as propostas neoliberais permanecem hegemônicas, e o serviço social está inserido nessa tensão, vivenciando uma realidade contraditória onde de um lado há um processo de construção de um novo olhar a saúde mental, na perspectiva da saúde como um completo estado de bem-estar, e não apenas a ausência de doença, e por outro lado o avanço de políticas neoliberais que incentivam a priorização da medicalização, por ser um mercado extremamente lucrativo. Com isso, na assistência social, acontece o retorno à caridade, com uma tendência a refilantropização do Serviço Social, assim como o Estado passa a investir cada vez menos no setor saúde mental (BISNETO, 2007).

Essa realidade contraditória se configurou como um espaço de disputa na relação entre a loucura e o capitalismo. Nesse contexto, o profissional não deve buscar apenas técnicas para atuar na saúde mental, mas deve, também, desenvolver metodologias adequadas a essa realidade e, ainda, deve avançar na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações necessárias à intervenção nesse campo (BISNETO, 2007).

A metodologia do assistente social em psiquiatria não pode ser praticista ou iluminada por um conhecimento técnico pretensamente neutro (Montaño, 1998:44). Em busca do rompimento com essa metodologia evolucionista e/ou acrítica, a atuação profissional do(a) assistente social tem se envolvido cada vez mais com o Movimento de Reforma Psiquiátrica e seus princípios, e a categoria profissional adotou uma postura combativa, a fim de aprimorar criticamente os conhecimentos sobre o binômio saúde mental e capitalismo, visto que é dessa relação que se desdobram as principais contradições da área. Sem entender esse processo não há como buscar novas estratégias de intervenção profissional, e o enfrentamento ao estigma em saúde mental enfraquece.

Como mostra da consolidação da postura combativa da profissão e adequação do referencial teórico, se dá em 2009 a aprovação pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social em Saúde, que destaca eixos de atuação nessa área, como o dever do(a) assistente social de contribuir para que a Reforma Psiquiátrica e o Projeto Ético-Político se sintonizem, de modo que o profissional de Serviço Social mantenha a visão crítica da realidade e promova ações que contribuam com a cidadania e a emancipação dos sujeitos sociais envolvidos.

Outro importante referencial é o código de ética profissional, que agrega como princípios: ampliação e consolidação da cidadania, com vistas a garantir os direitos sociais e políticos da classe trabalhadora; a defesa da democracia; a luta pela equidade e justiça social, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços; a defesa da eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito a diversidade (CFESS, 1993).

Nesse contexto, é dever do(a) assistente social lutar contra o estigma, o preconceito e a discriminação, pois a negação da cidadania às pessoas com transtornos mentais configura um impasse na concretização da Lei 10.216, no cumprimento do código de ética profissional e dos Direitos Humanos. Outra preocupação que se coloca é a necessidade de sujeitos históricos individuais e coletivos não caírem no possibilismo, que significa flexibilizar os princípios defendidos no projeto ético-político profissional e na proposta de Reforma Sanitária com vistas a assegurar pequenos ganhos políticos, “a partir de concessões e revisionismos teórico-políticos” (BRAZ, 2004).

Hoje, o profissional atua especialmente nas expressões sociais que permeiam a questão da saúde mental, como constata Rosa (2008), que afirma que o Serviço Social tem como desafio atuar com as expressões da questão social que permeiam a vida da pessoa com transtorno mental e sua família, nas diversas formas de violação de direitos.

Para Rosa (2008) a questão social, na saúde mental, se expressa a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerado, historicamente, pela sociedade como uma pessoa perigosa e incapaz, portanto, excluída do convívio social. Essa é uma realidade posta especialmente na modernidade, que enxerga a pessoa com transtorno mental improdutivo e incapaz para o mundo do trabalho na atual sociabilidade.

Embora a perspectiva crítica seja base fundamental para a atuação dos(as) assistentes sociais, aplicá-la no cotidiano pode ser uma tarefa complicada, principalmente por conta das contradições inerentes a atual sociabilidade. Bisneto (2007) aponta que nos anos 1970, o serviço social já tinha acúmulo crítico da profissão, mas contraditoriamente não conseguiu elaborá-lo na prática em Saúde Mental, e que desde os anos 1990, está sendo requisitado pelo SUS e pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica: quais são os estoques de massa crítica que temos?

Uma das principais contradições que perduram até hoje, segundo Bisneto (2007) é a respeito da reabilitação psicossocial que é feita em uma sociedade excludente, alienante,

inabilitadora, e ainda por cima atuando em nível institucional ou organizacional (não macrossocial).

Ao lado de funções típicas, como dar assistência social aos portadores de transtornos mentais, o Serviço Social também é alocado em Saúde Mental para diminuir os custos da assistência psiquiátrica, mas esta contenção de gastos não tem como objetivo alargar o atendimento a faixas maiores da população demandante, e sim abaixar os custos para aumentar a acumulação capitalista, pois a “mercantilização da loucura”, apesar dos esforços contrários de uma parcela profissional, permanece intacta. (BISNETO, 2007, p. 63).

Por isso, as(os) profissionais de Serviço Social devem se atentar a determinadas demandas que, apesar de existirem, podem não ser tão aparentes. A capacidade de identificá-las consiste em um diferencial para tornar o tratamento mais eficaz. É necessário ter uma percepção criteriosa, atenta aos pontos de exclusão ao acesso à saúde pela população. (ASSIS e JESUS, 2012). E é importante também entender que a prática do assistente social deve ser compreendida como determinada pelas condições históricas e conjunturais da sociedade, ou seja, pela realidade objetiva do espaço sócio ocupacional onde se encontra inserido, assim como pelas demandas que chegam e pela forma com que são respondidas (LIMA, 2004). É uma realidade extremamente dinâmica, que precisa ser repensada e reinventada o tempo todo.

3. INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL – INSTITUIÇÃO INAUGURAL DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

3.1. Perfil histórico do ISM

Considero importante falar sobre o campo em que estagiei e sobre o projeto de intervenção aplicado por vários motivos, um deles é por avaliar que foi uma das melhores experiências que tive no decorrer da graduação, e tal experiência contribuiu muito para minha formação profissional e continuidade na graduação.

Outro motivo, e o principal, é por conta da temática do TCC, que trata do estigma vivenciado pelos usuários do CAPS, e a aplicação do Projeto de Intervenção foi uma ação importante frente o enfrentamento a esse estigma. Sendo assim, foi uma produção acadêmica e intervenção de minha autoria, que me despertou o quanto o estigma vivenciado pelas pessoas em sofrimento mental é sério e corriqueiro, e enquanto futura assistente social comprometida com o código de ética profissional, me vejo na obrigação de contribuir e elucidar o discurso, para que a luta não se perca e não regressemos ao período em que o doente era visto como um não-ser, já que: Um doente não se resume à doença, antes é um ser humano digno de atenção e respeito (COSTA et al., 2007).

O projeto de intervenção realizado no ISM se apresenta como uma possibilidade de enfrentamento ao estigma, e o melhor é que está ao alcance de estagiários e servidores dos CAPS. Quanto mais estratégias forem implementadas nessa luta maior a possibilidade de obter êxito e assim, melhorar a qualidade de vida dos usuários que sofrem com o estigma e o preconceito e contribuir com o avanço da reforma psiquiátrica. Sendo assim, segue um breve histórico a respeito da Instituição em que realizei o estágio supervisionado I e II em 2014, o Instituto de Saúde Mental. E em segundo tópico esclarecimentos sobre o Projeto de Intervenção, como se deu sua aplicação, a resposta dos usuários e público-alvo e a conclusão.

O Distrito Federal concretiza seu ingresso na Reforma Psiquiátrica por meio da fundação do Instituto de Saúde Mental, e conhecendo o processo de Reforma Psiquiátrica, pode-se considerar que esse é uma fato de suma importância, além disso tornar o lugar marcante, o ISM é dono de uma história interessante, que vai desde sua fundação a atualidade. As condições que propiciaram o surgimento do Instituto se caracterizaram pelas ações do assessor do governador José Aparecido, o Dr. Inácio Republicano, que assumiu a ideia da sua criação e a defendeu perante os opositores. Em 1986/1987, José Aparecido era governador,

quando foi fundado o Instituto de Tecnologias Alternativas, e pediu que o Dr. Inácio visitasse as Granjas do Riacho Fundo e do Ipê e sugerisse uma finalidade social para as mesmas.

Na Granja do Riacho Fundo, ele se deparou com um cenário que segundo ele remetia aos hospitais da Inglaterra, e pensou em algo na área da saúde para ser feito ali. Tomou sua decisão após ser questionado em algumas reuniões sobre a atual situação da saúde mental, que estava totalmente atrelada a lógica manicomial, de tratamento com camisas de força e amarração. O lugar segundo ele, era ideal para o tratamento de pessoas com transtorno mental por ser cercado com tela de 3 metros, o que daria segurança aos pacientes, mas, ao mesmo tempo, essas telas estão no meio das árvores, o que não traria sensação de confinamento.

Dr. Inácio Republicano levou a sugestão ao governador e o mesmo concordou com a decisão, desde que fosse feito ali algo realmente inovador na psiquiatria, pois o local carregava o prestígio de ter sido residência oficial da Presidência da República, e Tancredo Neves residiu ali antes de adoecer.

Após essa fase, foi eleita uma comissão organizadora, e o governador fez um decreto determinando que a Granja do Riacho Fundo I seria um hospital psiquiátrico. Houve resistência de muitos profissionais em aderir a essa ideia, pois acostumados com a lógica de superproteção do HPAP (sem espelho, portas de vidros, pacientes comendo só de colher, longe de piscinas e outros elementos considerados de risco), tinham medo de ir para uma área supostamente exposta a tantos riscos.

A primeira equipe a constituir o ISM foi composta por um psiquiatra, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma auxiliar de terapia ocupacional e um administrador. Hoje, o ISM é uma unidade de tratamento da secretaria de saúde de Estado do DF para pessoas com transtornos mentais. Foram instalados no local um ambulatório de saúde mental e um CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial).

A equipe profissional pioneira do ISM tinha medo das mudanças que estariam por vir, mas o medo maior era que o atual modelo de tratamento psiquiátrico permanecesse, pois era nítida a necessidade da quebra de paradigmas. Com o tempo, novos profissionais foram surgindo e se encaixando na equipe, e o número de pacientes também cresceu. O Instituto de Saúde Mental, foi criado em 28 de abril de 1987, por meio do Decreto nº 10.352 do Governo do Distrito Federal, com aprovação do seu regimento interno em 10/06/1988 pelo Conselho Deliberativo da Fundação Hospitalar do DF (FHDF) e inaugurado oficialmente em 10/06/1987.

Sendo uma instituição aberta de saúde mental, O ISM tem se pautado fundamentalmente em alguns atributos, sendo eles: a garantia do direito de ir e vir dos usuários, considerando-os sempre sujeitos de transformação; a busca de clareza na comunicação, através de uma gestão participativa e uma determinada tentativa de horizontalização do poder e do saber e, finalmente, a prática da interdisciplinaridade e eleição da convivência como espaço primeiro da proposta terapêutica. Apesar da constatação a algumas irregularidades na instituição, como a situação em que a Casa de Passagem se encontra, que será explicada mais a frente.

O ISM está localizado na avenida Sucupira, no Riacho Fundo 1. A área de abrangência dos atendimentos são as seguintes regiões administrativas: Riacho fundo I e II, Colônia Agrícola Sucupira, Núcleo Bandeirante, Candangolândia, CAUB, Park Way, Núcleo Rural Casa Grande, Gama e Recanto das Emas, embora haja demanda crescente de outras cidades satélites, por exemplo, por vezes pacientes de outras regiões administrativas são atendidos no instituto.

O ISM funciona como um hospital-dia que se configura como um “recurso intermediário entre a internação e o ambulatório [...] visando substituir a internação integral” (Portaria/SNAS nº 224, de 29/01/1992). Os serviços prestados pela instituição se dão por duas vias, o CAPS e o ambulatório, pelo acolhimento, que é responsabilidade da equipe de Diagnose e terapia, que destina qual a necessidade de cada paciente. O CAPS do ISM segundo o ministério da saúde é um CAPS I, apesar de hoje o instituto atuar com porte de CAPS II.

O CAPS tem foco de atuação o atendimento em grupo, as oficinas e o trabalho em rede, sendo assim, o ISM apresenta oficinas compostas de Produção Agroecológica Integrada Sustentável – PAIS, Mosaico, Espaço Criativo, Culinária e Terapia Corporal. O objetivo das oficinas não é só fazer com que os pacientes assimilem o aprendizado a como executar mas, principalmente, de executarem a sua autorrealização de trabalharem com as frustrações e os limites de conviverem em grupo (relação de autoridade e pares), e ajuda também a construir e manter um elo de contato benéfico, prazeroso e estável com a realidade que os cercam.

Como não existem estudos que problematizem a ausência de residências terapêuticas no DF, é importante fomentar a discussão acerca da precariedade dos serviços em saúde mental, pois dessa forma é possível abranger essa temática e chamar atenção para a mesma. A não existência das residências terapêuticas fere os direitos dos usuários que dela necessitam,

pois os mesmos ficam a mercê de alternativas que não são apropriadas. Não adianta receber tratamento por anos, estar apto para se reintegrar a sociedade e não ter como fazê-lo.

O ISM tem uma casa de passagem, que tem como principal objetivo acolher provisoriamente pessoas em situação de risco social com transtorno mental que não tem um SRT definitivo para ir ou familiares para recebê-los(as). Essa transitoriedade, presente na ideia de passagem, caracteriza o espaço como um recurso provisório até que um SRT definitivo, como uma residência terapêutica, possa acolher o(a) usuário(a). O importante é que o(a) indivíduo(a) não seja excluído da assistência e nem fique preso a processos de institucionalização, pois o objetivo é a inclusão da pessoa na vida social sem danos.

Hoje o ISM vive alguns impasses referentes a casa de passagem existente no local, pois nela residem pacientes homens e mulheres que estão lá a anos. Esses pacientes são majoritariamente egressos da clínica planalto, que foi fechada em 2003 após denúncias por irregularidades de diversas naturezas. A princípio foram encaminhados para o ISM 25 egressos, desde então o número só tem aumentado e nenhum outro direcionamento foi tomado para essas pessoas, o que configura um risco para o processo de desinstitucionalização, pois embora a Casa de Passagem conte com uma equipe própria que oferece suporte e tratamento a esses(as) usuários(as), o ideal não é viver nesse lugar, pois assim eles ficam confinados dentro do espaço do ISM, em vez de serem reinseridos na sociedade por meio das residências terapêuticas.

O ambulatório atende cerca de dois mil usuários de forma regular. Conta com equipe composta por médicos (as), psicólogos (as), assistentes sociais, enfermeiros (as) e terapeutas ocupacionais, assim como o CAPS. Os serviços prestados alcançam tanto os usuários quanto os seus familiares, por meio de reuniões em família, palestras educativas, atendimento individual e/ou em grupos.

O trabalho em rede, em sintonia com a atenção básica objetiva a ressocialização e reinserção do usuário ao seu contexto familiar, comunidade local de trabalho, estimulando a descobrir na sua própria experiência e realidade vivida aspectos positivos para a saúde e bem-estar com a comunidade. Não obstante, o diálogo entre os diversos saberes e as formações profissionais contribui para a integralidade na prestação de serviços e para a identificação das demandas e das respostas mais adequadas para melhorar a qualidade de vida das (os) pacientes (KRÜGER, 2010).

3.2. Projeto de intervenção aplicado em campo de estágio

Baseado em minhas experiências pessoais e conhecimentos adquiridos no decorrer da graduação, por meio da vivência prática e arcabouço teórico, acredito que o estabelecimento e fortalecimento de elos dos usuários com transtornos mentais e seus respectivos familiares (para quem os tem) beneficia o tratamento e o enfrentamento ao estigma. No decorrer do tratamento geralmente ocorre um distanciamento entre família e paciente, por vários motivos. Há uma série de reações ao grupo social/família em que o paciente com transtorno mental está inserido, pois pela necessidade de dedicar mais tempo e o convívio com os(as) acometidos(as) pela doença, os familiares apresentam isolamento social, dificuldade para lidar com as crises e demais comportamentos do doente, falta de recursos materiais, baixa auto estima, alterações no humor e assim comprometem a própria saúde mental, e pelo foco ser o tratamento do paciente, não buscam ajuda para si mesmos.

Em relação à família do doente, nos primórdios a psiquiatria não a acompanhava, permanecia totalmente alheia e sem participar ou interessar-se pelo “tratamento” que era ao seu familiar (SPADINI e SOUZA 2004). Devido ao estigma, ter algum transtorno mental ou ser parente de alguém que tinha era algo visto de forma negativa, ruim, como se isso desqualificasse a família, portanto, em regra a família não mantinha contato e nem acompanhava o tratamento. Também acreditavam que manter contato com o doente agravaria sua condição, e que a distância era um favor que lhe faziam em prol de sua recuperação.

Com a Reforma Psiquiátrica, o vínculo familiar ganhou importância, e foram atribuídos princípios a essa união. Contudo, se a família era afastada do doente devido ao entendimento de que dificultava o tratamento do mesmo, hoje ela é incluída, pelo entendimento de que o portador de doença mental necessita de um tratamento digno, e que a participação da família é fundamental para sua recuperação (SPADINI e SOUZA, 2004).

O processo da Reforma Psiquiátrica, e mesmo o processo de consolidação do SUS, somente é exequível a partir da participação ativa de trabalhadores, usuários e familiares na construção dos modos de tratar e nos fóruns de negociação e deliberação do SUS (conselhos gestores de unidades, conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, conferências) (BRASIL, 2005).

Mas reestabelecer ou fortalecer vínculos com a família não significa simplesmente entregar a pessoa em sofrimento mental e responsabilizá-la pelos seus cuidados sem prestar nenhuma assistência, segundo Gonçalves Sena (2001) É comum que os profissionais esperem

que as famílias aceitem seu familiar com transtorno mental sem oferecer-lhe suporte e orientações adequadas.

Se a família não recebe um suporte e não se sente preparada para cuidar do ente, o que era para ser algo benéfico no tratamento pode se tornar ruim, visto que não é fácil lidar o sofrimento mental, conforme aponta Brêda (2001): O adoecimento psíquico de um indivíduo e a incapacidade de os familiares proverem o sustento adequado faz com que as dificuldades se acumulem e a rede de sofrimento se amplie.

Sobre as alterações na vida dos familiares ao ter que cuidar do ente em sofrimento mental Macedo (1996) entende que na maioria das vezes o convívio com o paciente com transtorno mental gera uma sobrecarga intensa que como consequência compromete a saúde, a vida social, a relação com os outros membros da família, lazer, disponibilidade financeira, rotina doméstica, desempenho profissional e escolar e demais aspectos da vida dos familiares.

Outra dificuldade apontada pelos familiares é a de lidar com as crises, visto que muitos pacientes se mantêm estáveis por bastante tempo, mas determinados acontecimentos, alteração na medicação ou outros fatores externos podem desencadear crises, e o não saber lidar causa extremo desconforto e frustração por parte de quem está cuidando. Comportamento imprevisível debilita as expectativas sociais e dá origem a sensações de incerteza e insegurança (OLIVEIRA; JORGE, 1998).

O Estado não dá o suporte necessário para atender as demandas desses usuários e suas famílias, segundo Colvero (2002, p. 198):

De concreto, sabemos que não há serviços na comunidade, suficientes e disponíveis que consigam dar conta da demanda de portadores de transtorno mental e seus familiares com efetividade. Com a falta de assistência do Estado, as famílias são responsabilizadas demasiadamente pelo cuidado dos entes em sofrimento mental, e embora os estudos e a prática apontem a interação familiar como algo positivo no tratamento, os familiares podem não suportar a pressão e culpa que lhes é atribuída, tanto que muitos abandonam os pacientes, que na falta de uma rede de apoio acaba por se tornar mais um número na população em situação de rua.

Considerando a importância da família no processo de recuperação e estabilização da saúde mental de indivíduos, é necessário que a saúde mental dos próprios familiares esteja em dia, e que os mesmos tenham condições físicas e materiais para lidar com esse processo. É notório na fala da família de pacientes do Instituto de Saúde Mental um discurso pessimista, da falta de perspectivas com relação ao tratamento da doença, dificuldades com problemas materiais e espirituais, dentre outros elementos que podem comprometer a saúde dos mesmos.

Com o empoderamento familiar, o enfrentamento ao estigma se torna mais forte, segundo Vasconcelos (2008). Sendo desta maneira o exercício do empoderamento, tem como

agente principal, a nosso ver, a socialização da informação e a socialização do conhecimento adquirido, tanto por parte dos técnicos, quanto por parte dos usuários. Trabalha-se o empoderamento a partir da teoria de Vasconcelos (2008, p.60):

Uma perspectiva ativa de fortalecimento do poder, participação, e organização dos usuários e familiares no próprio âmbito da produção de cuidados em saúde mental, em serviços formais e em dispositivos autônomos de cuidado e suporte, bem como em estratégias de defesa de direitos, de mudança de cultura relativa à doença e saúde mental, e de militância social e política mais amplo na sociedade e no Estado.

Com base nessas afirmativas, considerei importante a implementação de um projeto que ofereça suporte a esses familiares. O projeto de intervenção aplicado se intitula: “Oficina de cidadania com a família de pacientes com transtornos mentais do Instituto de Saúde Mental”. O objeto central do projeto foram as demandas trazidas pela família dos pacientes do CAPS do Instituto de Saúde Mental, sendo o público-alvo os familiares de pacientes com transtornos mentais. Os demais objetivos foram:

- Conhecer as demandas e os questionamentos dos familiares acerca de seus direitos. Problematicar, debater e esclarecer as questões que envolvem a saúde mental de seus familiares.
- Contribuir para o esclarecimento e melhor entendimento dos familiares sobre a doença mental que acomete os pacientes, na intenção de quebra de tabus, auxílio para lidar com tal e principalmente o enfrentamento ao estigma e o preconceito.
- Promover espaço para que os familiares tenham com quem conversar e apresentar dúvidas, compartilhar a experiência de conviver com pessoa com transtornos mentais.
- Empoderar o público-alvo.
- Captar demandas e a partir delas orientar esses familiares de forma que eles não precisem procurar os (as) assistentes sociais para tudo, pois estarão conscientes de seus direitos e como prosseguir para acessá-los.

Em 18 de novembro de 2014 foi realizada a Primeira Oficina de Cidadania. Foi preparado um material em slides, com linguagem bem acessível e recurso de imagens, para ficar mais interativo. O ISM conta com 4 grupos de CAPS, e em cada um deles há uma assistente social, a princípio o objetivo era convidar familiares de pacientes dos 4 grupos, mas a não adesão das assistentes sociais dos demais grupos (além do da minha supervisora de estágio) inviabilizou o processo, sendo assim foram contatados via telefone 20 pessoas, de

apenas um grupo. Das 20 pessoas, 5 confirmaram presença, totalizando 10, pois cada uma delas afirmou que levaria seu parente em tratamento. Compareceram no total 7 pessoas, dentre elas 4 pacientes. No primeiro momento foi feita uma breve apresentação dos objetivos do projeto de intervenção, depois do que é o Instituto de Saúde Mental, como surgiu, seus princípios e os serviços ofertados. Embora algumas informações parecessem óbvias, no decorrer do projeto percebi que não, a maioria estava acessando certas informações pela primeira vez, outras já haviam acessado mas não tinham entendido a priori.

Em segundo momento foi abordado o que tema da Luta Antimanicomial e a Reforma psiquiátrica, assunto importante especialmente porque alguns familiares têm a noção contrária de como conduzir o tratamento: “Se eu pudesse construí um quartinho nos fundos da casa e deixava meu filho trancado pra sempre, assim ele não ia fazer o que ele faz e eu poderia cuidar dele melhor”. O que mostra desconhecimento no assunto e falta de suporte em como lidar com o paciente, visto que a proposta da Reforma Psiquiátrica se opõe ao enclausuramento, o objetivo é permitir o convívio social e ressocializar o indivíduo em todos os aspectos, é claro, de acordo com o quadro que ele apresenta. A noção de cuidado atrelada ao confinamento é bem comum entre algumas famílias.

Depois foi explicado o que é e em que se baseia a Política de Saúde Mental, o que são os CAPS, já que o nome Instituto de Saúde Mental, não permite que todos(as) o associem a um CAPS. Posteriormente foi tratado o tema cidadania em si, com intenção de desmistificar a noção global de cidadania que nos é passada diariamente e conscientizá-los de que são sujeitos de deveres, mas também de direitos, e tudo que lhes é ofertado ali é de direito deles, nada é um favor. Por último foi discutida a importância da família no tratamento, e como o engajamento deles faz toda a diferença na evolução do quadro dos pacientes.

Ao final apresentei várias propostas de temas, como direitos das mulheres, direitos previdenciários, dentre outros, para que fosse escolhido um a ser discutido na próxima oficina e a maior demanda então foi pela discussão do que são os transtornos mentais e como lidar com eles melhor. Devido à temática solicitada para esta oficina ser algo mais específico, que eu não saberia lidar dependendo dos questionamentos, convidei o psicólogo da equipe Ipê para participar, e ele de prontidão aceitou o convite.

A adesão do psicólogo foi algo positivo, visto que a integração dos saberes é fundamental para o sucesso do Projeto, já que cada formação profissional tem sua abrangência de conhecimentos, e a formação em serviço social não me permite falar com propriedade de outras áreas. Como o objetivo central é a captação de demandas dos

participantes da oficina, não necessariamente essas demandas iriam se restringir as plausíveis de resposta do Serviço Social.

Não obstante, o diálogo entre os diversos saberes e as formações profissionais contribui para a integralidade na prestação de serviços e para a identificação das demandas e das respostas mais adequadas para melhorar a qualidade de vida das (os) pacientes (KRÜGER, 2010).

A segunda oficina foi marcada para dia 25 de novembro de 2014, sendo assim a última, realizada e conduzida por mim, visto o encerramento do semestre e do estágio. Não seria conveniente realizar duas oficinas na mesma semana já que o acesso ao Instituto é difícil, os familiares teriam dificuldade em comparecer com tal frequência. Para a segunda oficina foram contatados(as) 16 pessoas, 8 confirmaram presença, o que são 16 pessoas, pois sempre levam os pacientes. Destes, apenas 4 compareceram, duas mães e seus respectivos filhos, que fazem tratamento. Convidamos então uma das assistentes sociais de outro grupo e suas duas estagiárias para participarem.

Foi feita uma breve introdução, dessa vez sem o equipamento audiovisual do objetivo das oficinas e o motivo do tema abordado. Trouxe alguns dados do número de pessoas em sofrimento mental que existem hoje no país, citei os transtornos mais comuns e recorrentes, com explicação da diferença de alguns conceitos importantes, dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental e tratei novamente da importância da família no tratamento.

Em um segundo momento, foi organizada uma roda de conversa e o psicólogo convidado trouxe uma discussão importantíssima, considerando as peculiaridades dos casos dos dois familiares presentes, com o consentimento de tratar sobre tal tema na frente dos presentes, e tirou todas as dúvidas que eles apresentaram. Foi um momento de interação especial, com resposta positiva de todos os envolvidos no projeto. Os dois encontros tiveram características específicas, dificuldades, interação e bastante aprendizado.

Observar a reação positiva dos participantes diante a informações básicas, me mostrou que talvez o caminho pela superação do estigma não esteja tão longe, só falta um pouco mais de empenho e vontade por parte dos envolvidos no processo. Empenho para ouvir, compreender, ter boa vontade em atender, em abraçar a causa e lutar pelas demandas dos usuários como se fossem suas.

Se aplicado hoje certamente eu faria algumas alterações no projeto, como uma mobilização maior dos(as) profissionais do setor de serviço social para que o alcance do número de participantes fosse maior, pois quanto mais usuários(as) puderem ser

contemplados com os benefícios do projeto, melhor, e o número de contemplados nas duas vezes em que o projeto foi aplicado, foi pequeno.

A democratização do acesso à informação já constitui um passo na superação do estigma, assim as pessoas param de reproduzir preconceito por puro desconhecimento, e qualquer iniciativa que contribua com o processo, mesmo que mínima, já é fundamental. O papel do Estado nessa luta também é importante, pois sem investimentos nesse setor e ações de fortalecimento das políticas em saúde mental, os esforços da população e categorias profissionais se tornam insuficientes.

3.3. Impasses para o progresso da política de saúde mental

Para que a luta de enfrentamento ao estigma se fortaleça, é necessário avançar na política de saúde mental e denunciar a precarização que ocorre nesse setor, pois sem o pleno funcionamento dos serviços ofertados e o cumprimento integral da Lei 10.216, não é possível mudar essa concepção cultural de que a pessoa em sofrimento mental não pode conviver em sociedade, pois o intuito desses serviços é justamente diminuir leitos hospitalares e reintegrar os usuários a sociedade, e carregando essa marca estereotipada dificilmente esses usuários poderão viver com dignidade.

No decorrer da revisão bibliográfica, a constatação foi que entre os principais impasses para o progresso da política em saúde mental, os desafios da reforma psiquiátrica e o consequente combate ao estigma, estão o contexto neoliberal, a falta e/ou insuficiência de residências terapêuticas, o processo de “capsização” do modelo de saúde mental, que será detalhado mais a frente, a acessibilidade e a equidade, os “manicômios” judiciários” e a cultura do estigma, onde uma onda de equívoco e desinformação acerca dos transtornos mentais rondam a sociedade e faz com que a mesma discrimine quem as tem.

A primeira problemática é o fato da Reforma Psiquiátrica estar inserida em um contexto de neoliberalismo, onde as políticas sociais são constantemente ameaçadas por esse modelo, o que configura um tensionamento político. Entendemos aqui por neoliberalismo o conceito de Perry Anderson:

O neoliberalismo nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. (...) Trata-se de um ataque apaixonado contra qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte

do Estado, denunciadas como uma ameaça letal à liberdade, não somente econômica, mas também política. (ANDERSON, 1995, p. 9).

Embora o processo de desinstitucionalização esteja garantido na legislação, o neoliberalismo usa de subterfúgios para não cumpri-lo na íntegra, beneficiando o capital, conforme aponta Vasconcelos (2008)

De forma geral, no neoliberalismo a desinstitucionalização, embora com todos os mecanismos extra-hospitalares assegurados na legislação, vem sendo fortemente confundida com a desospitalização, ou seja, muitos hospitais psiquiátricos vêm sendo fechados e, por outro lado, as redes de saúde mental, descentralizadas nos municípios encontram sérios limites estruturais para receber os usuários dos hospitais psiquiátricos. Neste cenário estão lançadas as bases da desresponsabilização estatal (da esfera federal, estadual e municipal) e da responsabilização das famílias pelo cuidado do ex-internos dos hospitais, isto é, as metas de fechamento dos hospitais psiquiátricos são realizadas sem uma rede comunitária, desinstitucionalizada, compatível com a substituição gradativa do modelo psiquiátrico clássico.

Outro problema é a ausência de residências terapêuticas no DF, de acordo com o relatório do Ministério da Saúde “Saúde Mental em Dados” não há Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no Distrito Federal. É certo que a oferta desse serviço é insuficiente em todo o Brasil, mas a inexistência que é a realidade do DF, é uma falta grave, considerando que a Lei 10.216 já foi instaurada há 15 anos.

Esta é uma demanda crescente que chega ao serviço social, especialmente no DF (que não conta com o SRT), pois muitos usuários não têm moradia e nem apoio sociofamiliar. A categoria tem que lidar com essa barreira na ação profissional, e buscar alternativas de intervenção criativas para não deixar o usuário a mercê da própria sorte, enquanto aguardam vaga em serviços de longa permanência. Essa era a atitude adotada pelos profissionais do ISM, pois no período de estágio a demanda pelo SRT era grande e constante.

Como não existem estudos que problematizem a ausência de residências terapêuticas no DF, é importante fomentar a discussão acerca da precariedade dos serviços em saúde mental, pois dessa forma é possível abranger a temática das residências, já que a falta dela contribui com a precariedade na saúde mental, e chamar a atenção para a mesma. A não existência das residências terapêuticas fere os direitos dos usuários que dela necessitam, pois os mesmos ficam dependendo de alternativas que não são as mais apropriadas. Não adianta receber tratamento por anos, estar apto para se reintegrar a sociedade e não ter como fazê-lo.

Para as regiões que possuem SRT, as maiores dificuldades encontradas são a necessidade de equipes de saúde mental, no geral dos CAPS, preparadas para supervisionar o SRT e tratar os seus moradores, e o risco desses pacientes serem “institucionalizados na comunidade”, ou seja, serem transferidos para áreas degradadas da cidade (onde os vizinhos não colocaram empecilhos à abertura do serviço) e confinados à sua nova moradia (FURTADO, 2006).

É importante evidenciar que o princípio da desinstitucionalização deve vir acompanhado da criação e oferta de serviços substitutivos para garantir a continuidade da assistência à pessoa com transtorno mental. Do contrário corre-se o risco de promover a “sujeição da pessoa com sofrimento mental a uma situação de abandono e de pobreza, seja pela insuficiência ou pela falta desses serviços substitutivos” (LIMA e SILVA, 2004).

O processo de “capsização” constitui outro problema pertinente, que segundo Amarantes (2003): há a vivência de um processo de “Capsização” do modelo da saúde mental, isto é, a construção da política de saúde mental vem investindo na esfera ambulatorial, porém, relegando cada vez mais os aspectos sociais dos problemas mentais. A seguridade social tem restringido cada vez mais o Benefício de Prestação Continuada (BPC) as pessoas com transtornos mentais. A focalização e seletividade aplicada nas políticas públicas além de impedir que as expressões da questão social sejam tratadas de forma integral, faz com que os usuários do BPC não tenham acesso às outras políticas e programas de assistência baseados na transferência de renda, o que constitui uma barreira para a reabilitação social desses indivíduos.

Trata-se da desinstitucionalização do cuidado, são problemas estruturais do SUS, que, segundo Vasconcelos, reverberam na saúde mental como um todo, sendo eles:

A ampliação e incorporação de novas técnicas e tecnologias de saúde sem redução de custos, como característica estrutural do setor de saúde; problemas de financiamento nas três esferas de governo, incluindo tabelas defasadas de pagamento por procedimento, desresponsabilização e desvios de recursos em muitos estados e municípios; baixa remuneração, multiemprego, terceirização e precarização de recursos humanos; privatização de serviços públicos; problemas de acessibilidade em todos os níveis; instalações, serviços básicos e tratamento de má qualidade na atenção hospitalar e de emergência, incluindo longas filas de espera, desassistência e até mortes por negligência; pressões, aparelhamento corporativista, institucionalização e profissionalização da participação nos 33 conselhos e conferências de saúde; desmobilização e institucionalização do movimento social sanitário, etc (VASCONCELOS, 1997, p. 5).

O quarto impasse é referente ao comprometimento da acessibilidade e da equidade, que segundo dados da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (2005), constam:

- Estima-se que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). A magnitude do problema (no Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas) exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva.
- Cerca de 10 a 12% da população não sofrem transtornos severos, mas precisam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem.
- O modelo hospitalocêntrico (e também o dos ambulatórios de especialidades), por ser concentrador de recursos e de baixa cobertura, é incompatível com a garantia da acessibilidade.
- Sem a potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde, para a abordagem das situações de saúde mental, não é possível desenhar respostas efetivas para o desafio da acessibilidade.
- Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem pelo menos 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas. A criminalização do consumo agrava a vulnerabilidade dos usuários de drogas, exigindo uma articulação efetiva e inventiva entre a rede de cuidados e outras políticas setoriais, como justiça, segurança pública, trabalho, educação, ação social. Sem esta articulação e cooperação intersetorial, um acesso efetivo à prevenção e ao tratamento não está assegurado.
- A qualidade do atendimento deve ser garantida em todas as regiões do país, mesmo as mais carentes e distantes dos centros universitários, e pode ser assegurada através de um forte programa de capacitação, supervisão e formação de multiplicadores. O distanciamento entre as instituições de formação e pesquisa e a saúde pública, no Brasil, agrava as carências de formação e qualificação de profissionais.

Outro indício da precarização dos serviços de saúde são os chamados “manicômios” judiciários, é um termo de denúncia utilizado por alguns movimentos sociais para referenciar as Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATP), que são os setores localizados dentro de presídios, destinados a pessoas em sofrimento mental que cometem algum delito. Essas pessoas não são inseridas no sistema prisional como os demais cidadãos porque são consideradas inimputáveis

pela Justiça brasileira, ou seja, são isentas de pena por conta de sua condição mental. São submetidas, no entanto, à medida de segurança, espécie de tratamento compulsório, cuja principal consequência é a segregação perpétua ou por longo período, através da internação, da pessoa acometida de transtornos mentais que cometeu um crime ou uma infração (BRASIL, 2005).

Os direitos humanos são fortemente violados nessas instituições, e são frequentes o número de óbitos e denúncias de maus-tratos. A estimativa de pessoas internadas compulsoriamente nessas instituições é de 4.000, distribuídas em 19 hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou Manicômios Judiciários.

Estes hospitais, cuja gestão é feita por órgãos da justiça e não pelo SUS, não estão submetidos às normas gerais de funcionamento do SUS, ao PNASH/Psiquiatria (com única exceção dos Hospitais de Custódia do Rio de Janeiro), ou ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

A pesquisa da Prof.^a Dr.^a Débora Diniz indica a existência no Brasil, em 2011, de 3.989 pessoas em regime de clausura para tratamento psiquiátrico, sendo que dessas, 25% já era para estarem libertas. Ainda segundo a pesquisa, no Distrito Federal existem 94 pessoas internadas na ATP que fica na região administrativa Gama. Dos 94, 13% não deveriam mais estar internadas. Até o momento da pesquisa o número de hospitais de custódia e tratamentos psiquiátricos era 23, com 3 alas de tratamento psiquiátrico.

Por fim, mas não menos importante está a cultura do estigma, praticada por pessoas que, mesmo que não tenham consciência de tal prática, pois existem termos pejorativos utilizados constantemente que não são problematizados, mas que contribuem com a perpetuação do estigma e do preconceito. Expressões como “retardado” não se usa mais, foi substituída por “deficiência”, e não se aponta o indivíduo como normal ou não normal, e sim pessoa sem deficiência ou pessoa não deficiente.

O tratamento dado as pessoas com transtorno mental no dia a dia também deve ser observado, a prática da exclusão por conta das diferenças, que não é apropriada. Os momentos de crise do usuário também são delicados, pois a tradicional prática de prender em casa vai contra os princípios da reforma. O correto é procurar um CAPS III que funciona 24 h, ou nas regiões que não tiver, levar a pessoa para um hospital geral. Se no cotidiano cada pessoa for praticando o senso crítico ao usar determinados termos e tratar o outro sem discriminação, já é um pequeno avanço na luta contra o estigma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa apresentou a análise acerca do estigma sofrido por usuários do SUS, especialmente em sua relação com a sociedade e as consequentes dificuldades na luta pela superação do estigma. A constatação é que a não oferta e/ou oferta insuficiente dos serviços propostos com a reforma psiquiátrica para ressocializar e inserir os indivíduos com deficiência mental em uma rede de cuidados, se configura hoje como um dos maiores impasses no enfrentamento ao estigma, pois sem as devidas ferramentas de inclusão legais, os direitos desses indivíduos são feridos, e o princípio de ressocialização e fortalecimento da identidade do usuário não se realiza.

A raiz de todas as barreiras citadas no tópico 3.3 do capítulo 2, para a concretização da reforma psiquiátrica e enfrentamento ao estigma, está na realidade em que estamos inseridos, ou seja, sob a ofensiva neoliberal. A visão de direitos sociais associados a favores ainda persiste, fazendo com que a saúde seja tratada como mercadoria nesse sistema, o que traz dificuldade para a concretização de direitos e mantém uma relação de clientelismo entre pacientes e funcionários do SUS e demais instituições de saúde.

Há uma disputa de projetos societários, e os(as) assistentes sociais, diante de tal contexto precisam atuar em caráter interventivo, no intuito de transformar a realidade com intervenção embasada nos conhecimentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos e também, reafirmar os valores éticos da profissão.

Além de desenvolver competências próprias, a(o) assistente social precisa buscar soluções criativas e aprimorar sua atuação, para lidar com as constantes mudanças e novas demandas advindas desse processo de reforma psiquiátrica em contexto neoliberal. Repensar a profissão criticamente é fundamental para conseguir atender as demandas dos usuários e cumprir os princípios de inclusão social e a promoção de cidadania.

Realizar o estágio no ISM mostrou como se dá a teoria na prática, visto que ambas devem estar alinhadas, assim sendo, os objetivos do serviço social na instituição eram diariamente exercidos, sendo eles: atuar nas diversas expressões da “questão social” que desencadeia e intensifica o transtorno mental; Atender os usuários da saúde mental de forma integralizada, garantindo o acesso a seus direitos; Facilitar o acesso a bens e serviços da comunidade. Eles implicam em garantir a efetivação da universalização da saúde pública para esses usuários e os direitos previstos nas legislações, além de ampliar espaços de articulação com a rede primária e secundária e demais políticas públicas.

Embora o sistema de saúde ainda apresente várias limitações, os profissionais da instituição atuam da melhor forma possível no que diz respeito aos seus objetivos e atividades desenvolvidas diariamente na instituição. Todos os pacientes que chegam, seja por demanda espontânea, judicial ou encaminhado, são atendidos conforme o código de ética de serviço social, a Constituição Federal e os princípios que norteiam o SUS. Aqueles que não se encaixam no tipo de tratamento que o instituto oferece ou tem problemas de acesso ao local, são encaminhados a outra instituição onde possam receber o tratamento.

O Serviço Social em Saúde Mental está inserido nesta trama cheia de armadilhas montadas pelo neoliberalismo simultâneo ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, e só com muita perspectiva crítica torna-se possível delinear uma prática emancipadora para os assistentes sociais (BISNETO, 2007).

A estigmatização da loucura tem acompanhado a história e evolução das concepções sobre a doença mental e os movimentos que organizam a sua assistência (SANTOS, 2013). Como apontado no decorrer da pesquisa, segundo histórico da saúde no Brasil, hoje os serviços que oferecem o maior suporte as pessoas em sofrimento mental, são os CAPS.

Thornicroft (2006) afirma que a falta de estratégias de superação do estigma é uma das causas da exclusão social, que leva novamente a reprodução do enclausuramento do louco nos hospitais psiquiátricos. Esta afirmativa aponta para a falta de serviços fundamentais no processo de desinstitucionalização, que no caso, é a principal estratégia de superação do estigma, provocando o risco de envolver os usuários em um ciclo de exclusão social e enclausuramento sem melhoras, de modo que o estigma não tem condições de ser superado.

É importante pressionar os órgãos competentes e mobilizar os movimentos sociais e usuários dos serviços de saúde mental para que os serviços ofertados sejam integrais, a Lei 10.216 seja cumprida na íntegra, bem como a política de saúde mental.

É necessário, por exemplo, a construção de SRT em Brasília; Ampliação do número de SRT onde já existe, com equipe profissional suficiente de acordo com as normativas da Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000; ampliação do número de CAPS para atender a demanda por região; aumento do número de recursos humanos de forma proporcional a demanda crescente, visando a não precarização dos trabalhadores do SUS; a destinação de recursos suficiente para a compra de equipamentos, a medicação e demais necessidades; a reestruturação dos chamados “manicômios judiciários”, uma vez que nesses ambientes ocorre a violação de direitos humanos básicos e não se concretiza a assistência prevista para a pessoa em sofrimento mental infratora; fortalecimento do matriciamento, considerando sua

capacidade de articulação com a atenção primária, o que permite que muitos casos não se agravem, a medida que são detectados e encaminhados desde o princípio; o posicionamento crítico do Estado frente as questões culturais que corroboram com o tratamento em atos e palavras estigmatizantes e um Estado consistente no olhar as questões sociais.

Para tanto, deve-se ter posicionamento crítico ao enfrentar essas questões, pois a atual sociabilidade preza outros interesses. Segundo Bisneto (2007), desde meados dos anos 1990, com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não democratização (entre outros inúmeros fatores), o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de saúde mental.

A base comunitária formada pela rede de atenção à saúde mental do SUS é fator importante na construção de uma sociedade livre do estigma com a reforma psiquiátrica concretizada, à medida que:

A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. [...] É portanto fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005. p. 25).

Alguns avanços no combate ao estigma foram alcançados, especialmente naquelas situações onde programas promovem concretamente a inclusão social dos pacientes, como no caso das residências terapêuticas, projetos de geração de renda e as atividades culturais promovidas pela rede de serviços. (BRASIL, 2005).

Outro instrumento de inclusão social e promoção de cidadania é o trabalho, pois o estigma da doença faz com que as pessoas em sofrimento mental se sintam incapazes de ser produtivas e de terem alguma função social. Possuir um emprego além de possibilitar o suprimento das necessidades básicas, possui importância para ressignificar a identidade dessas (es) usuárias (os), minimizando o estigma que vivenciam (VOLZ et al., 2015).

Os serviços da rede de atenção a saúde mental destacam a relevância do trabalho no tratamento da pessoa com transtorno mental, por meio criação de cooperativas e associações e a realização de oficinas de geração de renda, porém, na prática, o manuseio no dia a dia destas experiências diante de um mercado capitalista e uma sociedade excludente, impõe debates

práticos e teóricos no cotidiano dos serviços, que vem substituindo aos poucos o componente da antiga reabilitação pelo trabalho, dado no marco asilar (BRASIL, 2005, p. 36).

“A economia solidária, hoje política oficial do Ministério do Trabalho e Emprego, é um movimento organizado de resposta à exclusão por gênero, raça, idade, estilo de vida e instrução, entre outros fatores, das pessoas do campo do trabalho” (BRASIL, 2005, p. 37). Tal iniciativa ganhou mais amplitude quando o governo federal começou a destinar recursos, em julho de 2005. O Ministério da Saúde implementa uma linha específica de incentivo financeiro para os municípios que desenvolvem atividades de inclusão social pelo trabalho para pessoas com transtornos mentais ou com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2005). O incentivo é uma iniciativa positiva, no sentido de romper com a visão de que o deficiente mental é recurso humano descartável e inútil ao sistema produtivo capitalista.

É necessário um Estado cada vez mais forte para o lado social, e reciclagem diária dos(as) assistentes sociais e demais profissionais que atuam na saúde mental, para que repensem as práticas de atuação e consigam compreender as demandas de forma cada vez mais crítica, com um cuidadoso olhar para as particularidades de cada usuário. Tendo em vista que a saúde mental é um campo extremamente dinâmico e desafiador.

Quero pontuar que, no decorrer do trabalho há várias referências que usam o termo “portador” de doença mental. Mantive esta referência porque a ausência de literatura sobre o tema, não me possibilitou descartar a de autores que o utilizem. O termo correto é “pessoa com deficiência”, pois segundo a Portaria 2.344, consta no Artigo 2º inciso I: Onde se lê “Pessoas Portadoras de Deficiência”, leia-se “Pessoas com Deficiência”, os termos são utilizados no texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembleia Geral da ONU. A decisão se deu por entendimento de que a deficiência de qualquer natureza não se porta, ela faz parte da pessoa. O termo portador foi utilizado até meados dos anos 1990, embora ainda seja muito usado.

Intenções como as de reabilitação psicossocial, reinserção social e ressocialização não devem ter a conotação de integração a uma sociedade alienada e alienante, e sim o objetivo de transformação das relações sociais no nível das instituições que cercam o paciente, sem reajustamento a uma sociedade que o rejeita, inabilita e estigmatiza (BISNETO, 2007, p. 182).

Por fim, afirmo que a experiência terapêutica do ISM permitiu aliar os conhecimentos teóricos obtidos no curso de Serviço Social com minha vivência profissional de estágio durante um ano. As abordagens de articulação com os familiares dos usuários em sofrimento

mental, somadas a reciclagem realizada pelos funcionários do ISM, possibilitou alguns avanços na superação do estigma social sofrido pelos(as) usuários(as). A pesquisa demonstrou que a superação do estigma lida com avanços e retrocessos constantes, mas é necessário perseverança nessa luta, pois acredito sim que é possível construir uma sociedade melhor, que não desqualifica os sujeitos por suas diferenças e suporta mudanças que visam o bem-estar e a cidadania.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE. Paulo (Coord.). Loucos pela vida: A trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE P. Clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P, organizadora. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-65.
- BARROSO, Fernanda Arnaud Rodrigues. Relatório de Estágio Supervisionado I de Serviço Social no Instituto de Saúde Mental, 2014.
- BARROSO, Fernanda Arnaud Rodrigues. Relatório de Estágio Supervisionado II de Serviço Social no Instituto de Saúde Mental, 2014.
- BARROSO, Fernanda Arnaud Rodrigues. Diário de campo do Estágio Supervisionado I e II no Instituto de Saúde Mental, 2014.
- BASAGLIA, Franco (Franco Basaglia, org.) 1982 *Scritti Basaglia II (1964-1980) dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Turim, Einaudi.
- BEHRING, Elaine. Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo, Cortez, 2003.
- BISNETO, José Augusto. Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática/ José Augusto Bisneto. –São Paulo: Cortez, 2007.
- BORGES C.F, BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad Saúde Pública 2008; 24:456-68. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0102311X2008000200025&lng=es> Acesso em: 15 agosto 2016.

BOSCHETTI, Ivanette; TEIXEIRA, Sandra Oliveira. Seletividade e focalização da política de assistência social no Brasil. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL, 15, Costa Rica, Anais. Costa Rica: Universidade de Costa Rica, 2004. Disponível em: <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-081.pdf>>. Acesso em: 18 de março. 2016.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaofederal.pdf>>. Acesso em: 01 de agosto. 2016.

BRASIL. Residências terapêuticas: o que são, para que servem / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pd>.

BRASIL. Decreto n. 20.465, de 1º de outubro de 1931. Reforma a legislação das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1931/20465.htm>>. Acesso em: 09 de julho 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03 de julho 2016.

BRASIL. Lei nº 10.216 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza. Serviço Social e reforma sanitária. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: _____; PEREIRA, P. A. P. (Org.). Política social e democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2001.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M.I.S. et al. Saúde e Serviço Social. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2006a.

BRAVO, R. S. Técnicas de investigação social: Teoria e ejercicios. 7 ed. rev. Madrid: Paraninfo, 1991.

BREDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.6, nº.2, 2001.

CARVALHO, Maria Cecília M. de. (org.) Construindo o saber. Metodologia científica, fundamentos e técnicas. 9ª ed. Campinas: Papirus, 2000.

CERQUEIRA, Luiz. Por uma psiquiatria social. Rio de Janeiro: IPUB-UFRJ, 1968.

CFESS. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <
http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 02 de nov. 2015.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez, 1991.

COLVERO LA. Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.

DEMO, P. Metodologia do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2000.

Desviat, M. A Reforma Psiquiátrica, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FALCÃO, M. C. B. e NETTO, J. P. Cotidiano: Conhecimento e Crítica. São Paulo: Cortez, 1987.

FERNANDES, Flora e MOURA, Joviane A. A Institucionalização da Loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental (parte II) in: <http://artigos.psicologado.com/psiquiatria/> 2009 .

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa and CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.1, pp.129-138. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 out 2016.

Foucault, Michel. F86v Vigiar e punir: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

FOUCAULT, Michael. Vigiar e punir. 8. Ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

Freire, Paulo Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa / Paulo Freire. – São Paulo: Paz e Terra, 1996. – (Coleção Leitura). Disponível em <http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/4-%20Freire_P_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf>. Acesso em: 18 agosto 2016.

GOFFMAN, E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. New York: Simon & Schuster, 1963.

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R.de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.9, nº.2, 2001.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez, 1983

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O Serviço Social na contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza, CRESS –CE, Debate n. 6, 1997.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: Ana Elisabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Maria R. Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). Serviço Social e Saúde. 1ªed.São Paulo/Brasília: Cortez/ Ministério da Saúde, 2006, v., p. -. Disponível em: <http://aprender.unb.br/file.php/5490/Arquivos_dos_alunos/marilda_2004_ConfInternacional.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2015.

IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social em tempo de capital fetiche. São Paulo: Cortez, 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade. Técnicas de pesquisa. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996. 231 p.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de and PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. Hist. cienc. saude-Manguinhos [online]. 2003, vol.10, n.3, pp.1037-1051. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-597020030003000012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 28 agosto 2016.

MACEDO, V.G.G. As famílias e a assistência psiquiátrica no Brasil. Informação Psiquiátrica. Rio de Janeiro, v.15, nº.4, pág. 150-151, 1996.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: identidade e alienação. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MATEUS, Mário D, (org.) Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.

MATOS, Maurílio Castro. Assistente Social: Trabalhador(a) da Área da Saúde. Reflexões a Partir do Debate Brasileiro. 2009. Disponível em <<http://docplayer.com.br/18280082-Assistente-social-trabalhador-a-da-area-da-saude-reflexoes-a-partir-do-debate-brasileiro.html>>. Acesso em: 16 julho 2016.

MIOTO, Regina C. Tamaso e NOGUEIRA, Vera Ribeiro. Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos. In Ser Social, UnB, V. 1,n.2, Brasília, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Disponível em <http://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf>. Acesso em: 26 junho 2016.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

_____.Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. 2004a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/guia_psf.pdf. Acesso em 28 out. 2016.

MONTAÑO, Carlos. La naturaleza del Servicio Social. São Paulo: Cortez, 1998.

NETTO, J. P. Ditadura e Serviço Social. São Paulo, Cortez: 1991.

NETTO, José Paulo A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente a crise contemporânea. In: Capacitação em Serviço Social e política social: Módulo 1 – Crise contemporânea, questão social e Serviço Social. Brasília: CFESS/Abepss/Cead/UnB, 1999.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 365-394.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez.

2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n3/19.pdf>> Acesso em: 28 de julho de 2016.

OLIVEIRA, M. M. B de; JORGE, M.S.B. Doente mental e sua relação com a família. In: Encontro de pesquisadores em saúde mental e especialistas em enfermagem psiquiátrica, 1998, São Paulo. Anais.São Paulo: FAPESP, 1998, pág.379-388.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PINEL, P.Traite Medico-Philosophique sur l'Alienation Mentale ou la Manie. Paris: Richard, Caille e Ravier, 1801.

_____. Política Nacional de Saúde Mental, Lei nº. 10.216 de 4 de junho de 2001. Brasília: 2001.

QUEIROZ, D.T; VALL, J.; SOUZA. A.M.A.; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83. Disponível em <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>

Resolução nº 01, de 15 de outubro de 2010, do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência – CONADE, que altera dispositivos da Resolução nº 35, de 06 de julho de 2005. Disponível em <http://www.udop.com.br/download/legislacao/trabalhista/pcd/port_2344_pcd.pdf>. Acesso em: 22/11/2016.

Revista de Saúde do Distrito Federal, V.8, Suplemento 1, 1997. Publicação Técnica Científica do Sistema de Saúde do Distrito Federal. Disponível em PDF.

RIBEIRO Jr., W.A. Aspectos reais e lendários da biografia de Hipócrates, o “pai da medicina”. Jornal Brasileiro de História da Medicina, v. 6, n. 1, p. 8-10, 2003.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. Revista Serviço Social e Sociedade nº 102. São Paulo. 2010.

ROSA, Lúcia C. Santos. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, Jussara Carvalho dos. O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS. 2013. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. doi:10.11606/D.7.2013.tde-11092013-151204. Acesso em: 2016-11-22.

_____. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília –DF, 2004b.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. DAPE. Coordenação geral de Saúde mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

SILVA, Cristiani Aparecida Brito. Serviço social e saúde mental. Artigo da Revista Eletrônica da UNIVAR. Nº 11, Vol: 01, págs. 88-95. 2014. Disponível em: <<http://www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/293>> Acesso em 27 e out. 2015.

SILVA, Maria Luiza Campos da; *Psychiatric Social Work: da higiene mental à psicanálise*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 1993.

SOARES, Raquel Cavalcante. 8. Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). *As ideologias da contrarreforma e o serviço social*. Recife: Editora universitária da UFPE, 2010.

SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; LUIS, Margarita Antonia Villar. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011. Disponível em <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5252>>

SPADINI, Luciane Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Revista Esc Enfermagem USP 2006; 40(1):123-7.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury; OLIVEIRA, Jaime Antônio Araújo. (Im)Previdência Social. Petrópolis: Vozes, 1986.

Thornicroft, G. (2006) Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford University Press.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

VASCONCELOS, E. M. Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2010.

VIANA, Camila Santos; ALMEIDA, Andréia Cristina S. Estigmas e preconceitos acerca da pessoa com transtorno mental, 2012. In: Seminário Integrado. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/viewFile/2882/2660>>. Acesso em: 25 de fev. 2016.

VIANA, Camila Santos et al. Pessoas com transtornos mentais: desafiando preconceitos. SEMINÁRIO INTEGRADO – ISSN 1983-0602, América do Norte, v. 04, p. 59-84, 2010. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/view/2754/2532>>. Acesso em: 24 de fev. 2016.

VIEIRA, Balbina Otoni. História do Serviço Social. 4. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1985.

VOLZ, Pâmela Moraes et al. A inclusão social pelo trabalho no processo de minimização do estigma social pela doença. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 03, p. 877-866, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00877.pdf>>. Acesso em: 24 de fev. 2016.